vivre une île en santé

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL

Qui sont les Montréalais et comment vont-ils ?

Les inégalités sociales : des effets réels sur la santé

Urgences : améliorer l'accès par le développement des services généraux

Amélioration de la qualité : une priorité

Montréal à l'avant-garde en matière de mesures d'urgence : le réseau se prépare

Menaces à la santé : une vigie 24/7

Le *Rapport annuel de gestion 2012-2013 - Vivre une île en santé* est une production de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

3725, rue Saint-Denis
Montréal (Québec) H2X 3L9
514 286-6500
santemontreal.qc.ca

Ce rapport présente les réalisations et les priorités de l'Agence en 2012-2013 et dresse un portrait de la population et du réseau de la santé et des services sociaux de Montréal.

Les annexes présentent les détails officiels concernant les données financières, les immobilisations, le bilan de suivi de gestion et les autres éléments de reddition de comptes demandés par le ministère de la Santé et des Services sociaux. À moins d'une mention particulière, les données présentées dans ce document étaient exactes au 31 mars 2013.

Éditrice
Emmanuelle Carrier

Rédactrices en chef
Racha-Michèle Asso
Caroline Dusablon

Collaborateurs
Véronique Allaire
Maryse Beaumier-Robert
Lise Chabot
Stéphanie Gaudreau
Isabelle Mazurier
Hélène-Françoise Perrault
Hai Pham-Huy
Isabelle Pilotte
Marie Pinard
Jo Anne Simard
Simon Tessier
Marie-Josée Thibert

Graphisme
Atlas et Axis communication

Révision
Karine Picard

Note
Dans ce document, l'emploi du masculin générique désigne aussi bien les femmes que les hommes et est utilisé dans le seul but d'alléger le texte.

Crédits photos : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal sauf mention contraire.

Ce rapport est disponible en ligne à la section documentation du site Web de l'Agence : agence.santemontreal.qc.ca

© Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2013

ISSN 1911-0944 (Imprimé)
ISSN 1911-0952 (En ligne)

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2013

Approuvé à la séance ordinaire du conseil d'administration du 24 septembre 2013.

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Québec

Sommaire

Mot du président du conseil d'aministration 4

Mot de la présidente-directrice générale 5

Votre agence de la santé et des services sociaux 6

Montréal : vivre une île en santé 7

Portrait de la population et de son état de santé – Les Montréalais : qui sont-ils et comment vont-ils ? 8

Maladies chroniques – Des défis sur les plans de la prévention et de la gestion des soins 12

Inégalités sociales : des effets réels sur la santé 15

Urgences montréalaises : améliorer l'accès par le développement des services généraux dans la communauté 16

Réorganiser les services pour les adapter davantage aux personnes ayant des besoins particuliers 18

Optimiser : pour mieux servir la population 21

Amélioration continue de la qualité : une priorité ! 22

Relever les défis de pénurie de main-d'œuvre dans le réseau en améliorant l'organisation du travail et la prestation des services 24

Montréal à l'avant-garde en matière de mesures d'urgence : le réseau se prépare 26

Menaces à la santé : une vigie 24/7 28

Environnement et santé : agir sur plusieurs fronts 30

Informatisation du réseau – Mieux outiller les intervenants et mieux servir la population 33

Personnes à mobilité réduite : de grands pas en matière d'accessibilité aux établissements 36

Consulter les annexes pour connaître les détails officiels concernant les données financières, les immobilisations, le bilan de suivi de gestion et les autres éléments de reddition de comptes de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

Mot du président du conseil d'aministration

Le réseau de la santé et des services sociaux de Montréal est le plus grand de la province. Il s'agit d'un réseau d'excellence dans lequel on trouve des établissements ayant une mission universitaire qui, année après année, démontrent leur grande expertise en développant et en diffusant les meilleures pratiques. On y compte également des établissements de première ligne et des établissements spécialisés qui s'affairent sans relâche à adapter leur offre de service aux personnes qu'ils desservent. Le réseau montréalais se démarque aussi par l'importante contribution de ses partenaires, que l'on pense aux établissements privés conventionnés ou aux organismes communautaires : ils viennent compléter l'offre de service du réseau public et sont essentiels à son bon fonctionnement.

Je suis très fier d'agir dans cet important réseau, à titre de président du conseil d'administration (CA) de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Encore cette année, les établissements de Montréal ont avancé d'importants dossiers, notamment en ce qui concerne l'amélioration de l'accès aux services, le développement de la première ligne, l'informatisation, etc. Vous en trouverez d'ailleurs le détail dans les pages qui suivent.

Le réseau montréalais peut compter sur du personnel compétent, mais est également soutenu par des décideurs dévoués. À Montréal, on compte 42 conseils d'administration, soit un par établissement de santé public. Ceux-ci sont notamment composés de membres bénévoles issus de la population, du personnel et des utilisateurs du réseau ainsi que du milieu des affaires ; ce sont des conseils diversifiés et riches en expériences.

Souvent méconnu, le rôle des CA est fondamental. Ceux-ci veillent, entre autres, à la saine gestion de l'établissement, décident des grandes orientations stratégiques, s'assurent de la sécurité et de la qualité des services et plus encore. L'année 2012-2013 a été remplie de défis pour certains établissements qui ont dû fournir des efforts importants et travailler davantage en réseau afin de trouver des solutions novatrices leur permettant d'améliorer leur performance. Les décisions prises aujourd'hui par les CA des établissements ne concernent donc plus seulement l'avenir d'un seul établissement, mais sont garantes de la santé future de notre réseau.

L'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal reconnaît l'importance et l'apport des CA. En 2012-2013, elle a d'ailleurs consolidé les structures de son organisation pour les soutenir davantage en créant une équipe spécialement dédiée aux questions de gouvernance.

Je profite donc de la publication de ce rapport annuel pour saluer et remercier chaque personne qui œuvre au sein d'un CA. Grâce à votre implication et à votre expertise, c'est l'ensemble de la société qui en bénéficie et qui prend part à la gestion du plus grand service public du Québec.

Le président du conseil,
Victor C. Goldbloom

Mot de la présidente-directrice générale

Montréal, c'est un lieu d'excellence en matière de santé et de services sociaux. Son réseau se distingue par la grande diversité de soins et de services que ses établissements offrent à une population aux besoins variés et en constante évolution.

L'Agence joue un rôle central dans l'orchestration de l'organisation de ce réseau. Elle s'assure, entre autres, que la population a accès aux services de santé et aux services sociaux partout sur l'île et de la façon la plus équitable qui soit. Au cours des dernières années, elle a d'ailleurs entrepris d'importantes transformations afin d'adapter ses services aux besoins toujours changeants de certaines clientèles qui présentent des besoins particuliers, notamment les personnes âgées, les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale ou celles qui vivent avec des maladies chroniques.

L'Agence, c'est aussi l'instance qui veille sur la santé de la population. Miser sur la prévention, c'est investir dans la santé des Montréalais. Aider les Montréalaises et les Montréalais à demeurer en bonne santé, c'est le grand défi de notre Direction de santé publique. C'est en joignant les efforts de nos établissements de santé et de services sociaux avec ceux de nos partenaires que nous y parviendrons.

Plus que jamais, nous sommes engagés dans une volonté de travailler davantage en réseau. La force collective du groupe nous permettra de nous rendre plus efficients, et ce, malgré les défis importants auxquels nous faisons face. Pour y arriver, le réseau peut également compter sur des employés et des médecins dévoués; il s'agit de plus de 90 000 personnes qui travaillent avec tout leur cœur à améliorer la santé de la population montréalaise.

Dans le cadre de notre exercice de rapport annuel, nous rendons compte à la population. Ce magazine s'adresse à tous les Montréalais et Montréalaises qui désirent en savoir plus sur les réalisations et les priorités de leur réseau de la santé et des services sociaux, ainsi que sur tous les moyens que nous mettons de l'avant pour *« Vivre une île en santé »*.

Bonne lecture!

La présidente-directrice générale,
Danielle McCann

Votre agence de la santé et des services sociaux

La mission de l'Agence de Montréal est d'assurer la coordination du réseau de la santé et des services sociaux de la région afin d'en améliorer la performance et ainsi contribuer à améliorer la santé et le bien-être de la population montréalaise.

Les principales responsabilités de l'Agence sont :

- évaluer l'état de santé et de bien-être de la population ;
- identifier les besoins et définir l'offre de service sur le territoire ;
- initier, guider les efforts de prévention et y participer ;
- assurer l'intégration et la cohérence des services et des soins sur son territoire ;
- faciliter l'accès aux services et à la continuité des soins ;
- assurer la participation de la population à la gestion du réseau ;
- soutenir le développement des réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) montréalais dans les différents volets de leur mission ;
- allouer les ressources régionales aux établissements et aux organismes communautaires ;
- évaluer la performance du réseau montréalais et rendre compte de l'impact des interventions sur la santé et le bien-être de la population.

LES CINQ PRIORITÉS MONTRÉALAISES

- Poursuivre le développement d'une première ligne forte, centrée sur la personne, qui offre un accès rapide à des services diagnostiques et de prise en charge.
- Assurer une approche intégrée de prévention et de gestion des maladies chroniques.
- Intervenir précocement auprès des tout-petits, des jeunes et de leur famille.
- Compléter la mise en œuvre des grandes réorganisations de services.
- Collaborer avec nos partenaires à la réduction des inégalités de santé et de bien-être.

POUR EN SAVOIR PLUS...

Pour en savoir davantage sur les priorités du réseau, consulter la *Planification stratégique montréalaise 2010-2015* : agence.santemontreal.qc.ca

Montréal : vivre une île en santé...

- 1 981 672 habitants en 2012;
- 24,6 % de la population québécoise;
- 3 978 habitants au km^2;
- 21 % de personnes de 19 ans et moins;
- 16 % de personnes âgées de 65 ans et plus;
- 1 personne sur 5 vivant sous le seuil de faible revenu;
- 33 % de personnes issues de l'immigration;
- 29 % de diplômés universitaires de 25 ans et plus ;
- 19 % d'adultes fumeurs;
- 34 % d'adultes aux prises avec de l'embonpoint;
- 14 % de personnes de 45 ans et plus atteintes de maladies du cœur;
- Près de 23 000 naissances en 2011;
- L'espérance de vie des femmes se situe près de 84 ans et celle des hommes près de 80 ans.

Le réseau montréalais de la santé et des services sociaux, c'est :

- **82 établissements** offrant des services dans **332 installations** : 12 CSSS, 14 hôpitaux de soins généraux et spécialisés, 4 hôpitaux psychiatriques, 12 centres de réadaptation, 2 centres jeunesse, 37 centres d'hébergement et 1 clinique communautaire.

  Parmi ceux-ci, on compte :

  - 3 centres hospitaliers universitaires, 6 instituts universitaires, 8 centres affiliés universitaires ainsi que 4 établissements à vocation suprarégionale. L'ensemble de ces établissements offrent des soins et des services spécialisés et surspécialisés à des patients provenant d'autres régions du Québec;
  - 23 établissements dont l'ensemble des services est accessible en anglais et 22 dont une partie des services est accessible en anglais;

- près de **91 500 personnes** qui y travaillent, dont 24 641 qui se consacrent aux soins infirmiers et cardiorespiratoires, 17 927 professionnels et techniciens de la santé et des services sociaux, 3 488 médecins spécialistes et 2 428 omnipraticiens;
- un peu plus de **400 cliniques ou cabinets médicaux**, dont 41 groupes de médecine de famille, 30 cliniques-réseau et 4 cliniques-réseau intégrées;
- **648 organismes** financés par l'Agence.

LE SAVIEZ-VOUS ?

61 % des services surspécialisés offerts par les établissements montréalais concernent des patients non montréalais.

Portrait de la population et de son état de santé

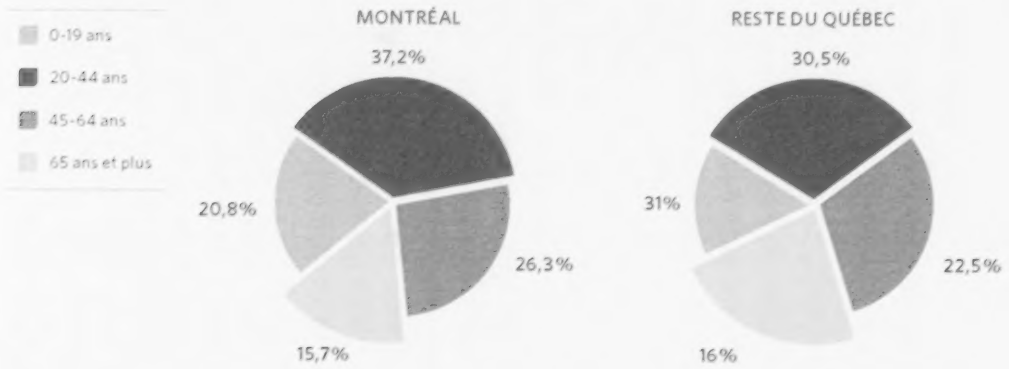
Les Montréalais : qui sont-ils et comment vont-ils ?

Métropole du Québec et deuxième plus grande ville du Canada, Montréal compte près de deux millions d'habitants, soit près du quart de la population du Québec. Avec près de 4 000 habitants au km², comparativement à environ 130 en Montérégie, elle est la deuxième région québécoise la plus peuplée. Chaque jour, des dizaines de milliers de personnes en provenance des régions avoisinantes y viennent pour travailler, étudier et se divertir. Nombre d'entre elles y viennent également pour accéder à des services de santé spécialisés.

Une démographie unique

Montréal est un lieu d'accueil pour un grand nombre de personnes. La majorité des immigrants du Québec, soit plus de 6 sur 10 (63 %), résident à Montréal. La proportion de la population immigrante a d'ailleurs fait un bond important entre 1986 et 2011, passant de 22 % à 33 %, et représente aujourd'hui plus de 612 000 personnes. On remarque également que Montréal exerce une forte attraction sur les jeunes adultes âgés de 20 à 34 ans des autres régions du Québec. Ces deux réalités font en sorte que la proportion des 20 à 44 ans à Montréal est plus importante que dans le reste du Québec.

FIGURE 1 : RÉPARTITION DE LA POPULATION PAR GROUPES D'ÂGE, MONTRÉAL ET RESTE DU QUÉBEC, 2011



Montréal compte près du quart (23 %) des familles avec enfants au Québec, une proportion qui reste stable depuis 2001. Ces familles sont davantage concentrées dans les secteurs de l'Ouest-de-l'Île, de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent et de Saint-Léonard-Saint-Michel. Par ailleurs, environ la moitié des personnes qui quittent Montréal (47 %) sont des adultes de 30 à 44 ans et leurs enfants, et elles déménagent principalement pour s'installer dans les régions avoisinantes, soit la Montérégie, Laval et Lanaudière.

Quoique le nombre de naissances augmente depuis 2004, le taux de natalité a connu une baisse de 10 % entre 1990 et 2010 à Montréal ; ce qui est moins élevé que dans le reste du Québec, où l'on constate une diminution de 23 %. Montréal compte aussi sensiblement plus de nouveau-nés par habitant que le reste du Québec (12 pour 1 000 contre 11 pour 1 000). Par ailleurs, plus de la moitié (56 %) des femmes qui ont donné naissance à un enfant à Montréal sont issues de l'immigration. Autre particularité : les Montréalaises font davantage d'enfants lorsqu'elles sont dans la trentaine que dans la vingtaine, comparativement aux femmes du reste de la province.

Enfin, Montréal compte environ 300 000 personnes de 65 ans ou plus, soit 16 % de la population ; à l'instar de l'ensemble de la province. Leur proportion augmente depuis quelques années et selon les projections, elles représenteront 21 % de la population montréalaise dans 20 ans. Étant donné que les personnes âgées sont de grandes utilisatrices de soins et de services, cette situation mérite une attention particulière en matière de prestation de soins et de services sociaux.

En 2011, près de 23 000 bébés sont nés dans les familles montréalaises.

D'importants contrastes sur les plans social et économique

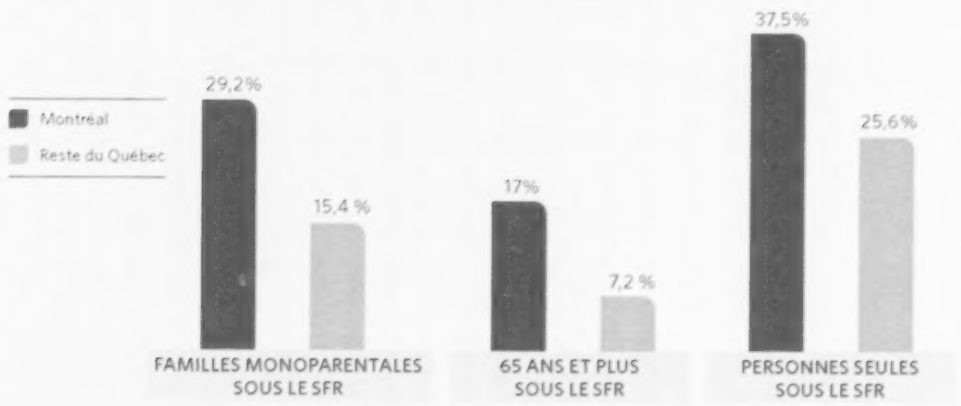
À l'instar des autres grandes villes du monde, Montréal démontre de plus en plus de signes de polarisation : les écarts de santé entre les riches et les pauvres, y compris dans un même territoire, sont plus marqués à Montréal qu'ailleurs au Québec. Les inégalités sociales de santé y sont bien présentes, et ce, sur divers plans, et elles ont des effets sur la santé, comme le soulignait le directeur de santé publique dans son rapport annuel de 2011[1]. Il est important de tenir compte de ces contrastes dans la définition de l'offre de services de santé et de services sociaux.

D'un côté, une partie de la population montréalaise a un revenu et un niveau de scolarité plus élevés comparativement au reste des Québécois. Le revenu moyen (après impôt) des ménages montréalais est de 46 928 $. Les 20 secteurs où le revenu moyen des ménages est le plus élevé au Québec se trouvent tous à Montréal, avec des revenus moyens entre 192 000 $ et 378 000 $ (après impôt). C'est également à Montréal que l'on compte la proportion de diplômés universitaires la plus importante ; 29 % des personnes âgées de 25 ans et plus ont un diplôme universitaire contre 15 % dans le reste du Québec.

D'un autre côté, la pauvreté et les conditions de vie plus difficiles sont aussi plus répandues à Montréal : plus de 400 000 Montréalais vivent sous le seuil de faible revenu (SFR), soit plus de 1 Montréalais sur 5. Ailleurs au Québec, c'est 1 personne sur 10 qui vit cette situation. Selon le territoire de CSSS, la proportion de personnes vivant sous le SFR varie entre 9 % et 31 %, le taux de chômage chez les parents avec enfants de 0 à 5 ans varie entre 6 % et 16 % et la population de 25 ans et plus sans diplôme d'études se situe entre 10 % et 34 %.

Comme l'illustre la figure 2, certaines sous-populations à Montréal sont plus vulnérables à la pauvreté, comme les familles monoparentales, les personnes âgées et les personnes vivant seules. Les familles monoparentales montréalaises sont dans une situation plus précaire qu'ailleurs au Québec : 29 % d'entre elles vivent sous le SFR comparativement à 15 % ailleurs au Québec.

FIGURE 2 : PROPORTION (%) DE LA POPULATION VIVANT SOUS LE SEUIL DE FAIBLE REVENU (APRÈS IMPÔT), MONTRÉAL ET RESTE DU QUÉBEC, 2006



La situation du logement à Montréal montre bien la vulnérabilité socioéconomique d'une partie importante de la population. L'accès à un logement abordable et de qualité est un élément de base pour mener une vie saine. Or, près de 4 ménages locataires sur 10 (39 %) consacrent plus de 30 % de leur revenu au loyer, comparativement à 33 % dans le reste du Québec. Par ailleurs, c'est dans les territoires des CSSS de la Montagne, Jeanne-Mance et Lucille-Teasdale qu'on trouve le plus de logements nécessitant des réparations majeures.

Les inégalités sociales ont des effets importants sur la santé des personnes ; pour en savoir plus, lire l'article intitulé « Inégalités sociales : des effets réels sur la santé » à la page 15.

1. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, *Rapport du directeur de santé publique 2011. Les inégalités sociales de santé à Montréal. Le chemin parcouru*, 2e édition. Marie-France Le Blanc, Marie-France Raynault et Richard Lessard, 2012.

Le milieu de vie : les conséquences sur la santé

Le milieu de vie (famille, réseau social, école, travail, quartier, ville, etc.) ainsi que les expériences vécues à toutes les étapes de la vie peuvent avoir des répercussions importantes sur la santé. À Montréal, on compte plus de bébés de faible poids à la naissance dans les milieux les plus défavorisés que dans les milieux les plus favorisés. En outre, le nombre d'hospitalisations chez les enfants de 0 à 5 ans des milieux les plus défavorisés est supérieur à celui des enfants des milieux les plus favorisés.

Le milieu de vie dans lequel grandissent les enfants peut déterminer les bases de leur vie d'adulte. L'état de leur développement au moment de leur entrée à la maternelle peut influencer leur réussite scolaire future. Selon une étude réalisée en 2006, près d'un enfant montréalais sur trois (35 %) est vulnérable au moment de son entrée à la maternelle (réseau public) dans au moins un domaine de son développement[2]. Cette proportion d'enfants vulnérables varie entre 29 % et 42 % d'un territoire de CSSS à un autre. Dans le réseau scolaire public, en 2008-2009, le quart des jeunes (25 %) sortent du secondaire sans diplôme ni qualification. Les jeunes issus des milieux plus défavorisés sont plus enclins à décrocher que ceux des milieux favorisés. Selon le territoire de CSSS, c'est de 11 % à 39 % des jeunes qui sortent sans diplôme ni qualification[3]. Or, comme on le sait, un jeune qui décroche risque davantage d'occuper des emplois précaires et mal rémunérés et de s'engager dans un cycle de pauvreté qui aura des répercussions sur sa propre santé et sur celle de ses enfants.

Pour certains aspects, l'environnement physique des quartiers de Montréal est favorable à la santé. Selon une étude sur l'accessibilité aux parcs et aux installations sportives[4], toutes les familles montréalaises vivent à moins de 800 mètres d'un parc avec installations sportives. Pour d'autres aspects, l'environnement physique est moins favorable. Par exemple, la disponibilité de fruits et légumes à distance de marche du lieu de résidence est inadéquate pour 40 % de la population montréalaise[5].

La grande majorité des Montréalais (88 %) de 15 ans et plus se perçoivent en bonne santé, comme ailleurs au Québec ; et 5 % perçoivent leur santé mentale passable ou mauvaise.

Les habitudes de vie : des bonnes et des moins bonnes

Les habitudes de vie sont souvent bien ancrées chez les individus et influencées par les contextes social et économique ainsi que par l'environnement urbain. Elles font partie des éléments qui peuvent influer sur la santé ou le risque de développer des maladies chroniques.

Une part importante des Montréalais a des habitudes de vie favorables à la santé. Les Montréalais sont plus actifs physiquement dans leurs déplacements quotidiens (marche, vélo, etc.) que les autres Québécois. C'est dans les quartiers centraux de Montréal qu'on trouve le plus de personnes actives. La tendance à être sédentaires dans leurs loisirs est à la baisse chez les adultes.

D'autre part, on observe chez certains Montréalais des habitudes de vie comportant des risques de développer des maladies chroniques. Selon TOPO, une récente enquête menée par la Direction de santé publique (DSP) de l'Agence, environ 21 % des Montréalais âgés de 15 à 69 ans n'atteignent pas le seuil minimal d'activité physique recommandée. Cette proportion varie entre 13 % et 29 %, dépendamment du territoire de CSSS. En outre, près de 6 % des adultes montréalais consomment de l'alcool chaque jour, une habitude plus fréquente chez les personnes de 45 ans et plus (10 %), et 15 % des adultes montréalais ont une consommation excessive d'alcool[6]. Les jeunes adultes et les hommes sont plus nombreux à consommer de l'alcool de façon excessive.

Quoique le tabagisme y soit en baisse depuis une quarantaine d'années, Montréal est, parmi les grandes villes canadiennes, celle où l'on trouve la plus grande proportion de fumeurs. Ainsi, 19 % des Montréalais adultes fument la cigarette. Les hommes, les jeunes adultes entre 18 et 34 ans et les personnes à faible revenu sont proportionnellement plus nombreux à fumer.

---

2. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, *Enquête sur la maturité scolaire des enfants montréalais. Rapport régional 2008*, coordination : Nathalie Goulet et Sylvie Lavoie, 2008. L'état de développement de l'enfant est évalué dans cinq domaines : la santé physique et le bien-être, la compétence sociale, la maturité affective, le développement cognitif et langagier ainsi que les habiletés de communication et les connaissances générales.

3. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, *Le décrochage scolaire chez les jeunes du secondaire du réseau public à Montréal*, Mahamane Ibrahima et coll., 2012.

4. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, *L'accessibilité aux parcs et aux installations sportives pour les familles montréalaises, volet 1 - Étude géomatique*, Julie Bédard et Marie Jacques, 2010.

5. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, *Les disparités dans l'accès à des aliments santé à Montréal : Une étude géomatique*, Lise Bertrand, 2006.

6. Cinq consommations ou plus pour les femmes ou six consommations ou plus pour les hommes au cours d'une même occasion au moins 12 fois pendant la dernière année.

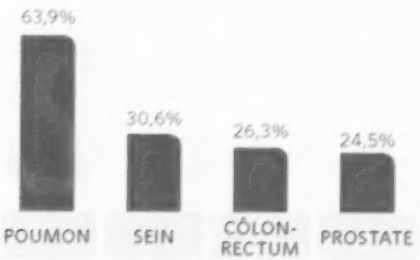
Autre conséquence des habitudes de vie moins saines : certains facteurs de risque liés aux maladies chroniques sont en augmentation depuis les 20 dernières années. Aujourd'hui, 34 % des adultes montréalais font de l'embonpoint et 16 % souffrent d'obésité. En outre, 30 % des personnes de 45 ans et plus sont atteintes d'hypertension artérielle.

Les maladies chroniques : un fardeau souvent évitable

De plus en plus de Montréalais sont touchés par une ou plusieurs maladies chroniques comme le cancer, les maladies du cœur, les maladies respiratoires et le diabète ; des maladies qui peuvent être évitées dans bien des cas.

Le cancer est en augmentation et demeure la première cause de décès au Québec. Chaque année, plus de 10 000 nouveaux cas de cancer sont diagnostiqués dans la population montréalaise, principalement le cancer du poumon, le cancer du sein, le cancer colorectal et le cancer de la prostate (figure 3). Avec près de 1 275 décès annuellement, en majorité des hommes, le cancer du poumon engendre à lui seul plus de décès que les trois autres types de cancer combinés. Fait à noter : tandis que les décès causés par le cancer du poumon diminuent chez les hommes, ils augmentent chez les femmes.

FIGURE 3 : TAUX DE MORTALITÉ PAR TYPE DE CANCER, MONTRÉAL, PÉRIODE 2007-2011



Les maladies du cœur, l'une des cinq principales causes de décès à Montréal et au Québec, touchent 14 % des Montréalais de 45 ans et plus. De son côté, le diabète frappe 8 % de la population montréalaise de 20 ans et plus. Plus les personnes vieillissent, plus elles sont touchées par ces maladies : ainsi, 24 % des personnes de 65 ans et plus souffrent d'une maladie du cœur et 17 % sont atteintes du diabète.

La mortalité causée par les maladies chroniques a diminué depuis les 20 dernières années. Cependant, des écarts importants de mortalité persistent entre les Montréalais selon les secteurs et les milieux socioéconomiques. Pour le cancer du poumon, le taux de mortalité chez les personnes dans la catégorie inférieure de revenu est deux fois plus élevé que celui des personnes dans la catégorie supérieure de revenu. Ce taux est une fois et demie plus important dans le cas des maladies de l'appareil circulatoire.

Vue globale

Suivant la tendance globale, l'état de santé des Montréalais s'est amélioré au fil du temps. Les Montréalais vivent plus longtemps qu'il y a 20 ans. L'espérance de vie des femmes se situe près de 84 ans et celle des hommes, près de 80 ans.

Toutefois, l'augmentation de l'espérance de vie et du pourcentage de personnes souffrant de maladies chroniques laisse présager de grands défis pour le réseau de la santé et des services sociaux. Améliorer les conditions et les habitudes de vie est assurément favorable à une population qui vit et vieillit en santé à Montréal.

(J.P.)

TOPO

Faire le point sur l'état de santé des Montréalais

TOPO est une enquête portant sur l'état de santé des Montréalais menée auprès de quelque 10 800 personnes réparties dans l'ensemble de l'île. Pour plus de renseignements sur cette grande enquête, consulter le Portail santemontreal.qc.ca.

Rencontre d'enseignement sur les maladies chroniques au CSSS Jeanne-Mance.

Photographe : Marcel Lo Haye © 2013

Maladies chroniques

Des défis sur les plans de la prévention et de la gestion des soins

De 2005 à 2009, les cancers, les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires et le diabète ont causé plus de 72 % des décès chez les 20 ans et plus à Montréal. Pour certaines maladies chroniques, les tendances sont d'ailleurs à la hausse : environ 25 000 Montréalais de plus souffrent aujourd'hui d'hypertension qu'en l'an 2000 et le diabète s'est accru de 40 %, de façon régulière, entre 1999 et 2006. Autre fait inquiétant : de plus en plus de personnes souffrent de plusieurs maladies chroniques à la fois, ce qui rend la coordination des soins et la mise en commun des différents plans de traitement plus complexes.

Devant ces défis, l'Agence a élaboré un modèle d'intervention novateur accompagné d'un plan d'action qui allie la prévention et l'organisation des soins et des services offerts aux malades chroniques. L'objectif : diminuer les effets négatifs de ces maladies sur la population montréalaise.

« Concrètement, nous voulons tout d'abord favoriser la prévention des maladies chroniques, en mettant en place des environnements sains pour l'ensemble de la population et en misant sur une détection précoce afin d'intervenir dès les premiers signes de la maladie. Nous visons également à outiller davantage les médecins généralistes en leur adjoignant des équipes interdisciplinaires composées de divers professionnels de la santé (nutritionnistes, kinésiologues, infirmières, etc.) pour les aider à assurer le suivi des patients. De plus, les patients pourront être orientés facilement vers un programme spécialisé ou un médecin spécialiste, lorsque c'est nécessaire », explique Frédéric Abergel, directeur des affaires cliniques, médicales et universitaires à l'Agence.

LE PLAN D'ACTION MONTRÉALAIS POUR LA PRÉVENTION ET LA GESTION DES MALADIES CHRONIQUES

Il comprend cinq grandes orientations :

1. promouvoir de saines habitudes de vie dès la naissance et créer des environnements favorables à la santé ;
2. offrir un meilleur accès aux pratiques cliniques préventives ;
3. assurer l'accès à des programmes intégrés et harmonisés de gestion des maladies chroniques et favoriser l'autogestion de la maladie par la personne atteinte ;
4. assurer l'accès à des services spécialisés ;
5. mettre en place un système de surveillance, de monitorage et d'évaluation des maladies chroniques.

Le document est disponible à : agence.santemontreal.qc.ca.

En plus du programme d'enseignement sur le diabète offert dans les centres de santé et de services sociaux (CSSS) depuis 2010, les Montréalais ont maintenant accès, dans les 12 CSSS et dans 17 groupes de médecine de famille (GMF) de la région, à un programme sur le risque cardiométabolique (RCM) pour la clientèle prédiabétique, diabétique et hypertendue. Ce programme aide les personnes à changer leurs habitudes de vie et à autogérer leur maladie.

Un autre service, axé sur le repérage et le suivi des personnes présentant une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), est déjà offert dans deux CSSS et trois GMF. Ce programme sera d'ailleurs progressivement déployé sur tout le territoire montréalais d'ici mars 2015. Enfin, un programme de gestion de la douleur chronique-lombalgie est implanté dans deux CSSS.

Ce sont des efforts concrets que le réseau montréalais déploie pour aider les personnes présentant une maladie chronique à mieux vivre avec leur condition.

Soutenir individuellement les grands utilisateurs de soins

Les Montréalais atteints des maladies chroniques les plus courantes sont de grands utilisateurs de services de santé, avec une moyenne de 10 à 16 visites médicales annuelles. En 2012, 1,3 % des patients ont utilisé à eux seuls 40,7 % des interventions en CLSC. De plus, environ 15 % des lits des hôpitaux montréalais étaient occupés en permanence par des personnes ayant été hospitalisées à trois reprises et plus durant l'année. Près du tiers de ces hospitalisations étaient liées à deux maladies chroniques : les maladies respiratoires (15 %) et les maladies cardiovasculaires (14 %), une situation similaire à ce que l'on constate ailleurs au Canada.

Un des grands défis du réseau montréalais consiste justement à réduire les hospitalisations et les visites à l'urgence qui sont évitables. Dans cet esprit, l'Agence travaille avec les établissements du réseau pour identifier et mieux suivre les grands utilisateurs de soins. Ainsi, en décembre 2012, un premier groupe de 187 grands utilisateurs a été identifié. Il s'agit de personnes ayant des problèmes respiratoires, majoritairement âgées de 60 ans et plus et ayant été hospitalisées entre 3 et 11 fois au cours de l'année 2011-2012. Chacun de ces patients est maintenant suivi de façon individualisée, ce qui permet de mieux comprendre sa condition de santé, d'agir directement sur ses origines et de lui éviter des séjours à l'hôpital.

« La maladie elle-même n'explique pas à elle seule toutes les hospitalisations. Nous travaillons actuellement sur un plan d'action qui vise à améliorer les liens et la coordination des services entre les acteurs impliqués : hôpital, médecin de famille, soins à domicile, etc. Plusieurs facteurs influencent la capacité de la personne à bien gérer sa maladie et à éviter les complications. Le plan d'action est prometteur et fera certainement une différence pour ce premier groupe de 187 personnes, soutient M. Abergel. D'ailleurs, le réseau est déjà à l'œuvre pour identifier un second groupe de grands utilisateurs de services, aux prises cette fois-ci avec des problèmes cardiaques. »

Perspectives pour 2013

Les maladies chroniques présentent un défi à long terme pour les Montréalais et pour le réseau de la santé de Montréal. Les programmes intégrés de prévention et de gestion des maladies chroniques constituent l'une des solutions pour y faire face. Les développements réalisés au cours de la dernière année sont très satisfaisants et l'Agence compte accroître et diversifier l'offre de tels programmes, qui ont fait leurs preuves. Les nouveaux services prévus en 2013-2014 visent notamment la détection précoce des troubles visuels associés au diabète et le traitement de l'ostéoporose. (V.A.)

QU'EST-CE QU'UNE MALADIE CHRONIQUE ?

Le ministère de la Santé et des Services sociaux définit les maladies chroniques comme des maladies non contagieuses, qui se développent lentement, qui conduisent à des incapacités, qui peuvent se prolonger dans le temps et qui sont souvent incurables, mais dont un grand nombre sont évitables. Ces maladies résultent à la fois de processus normaux liés à la génétique ou au vieillissement, ainsi qu'au cumul d'un ensemble de facteurs qui interagissent tout au long de la vie. On y inclut les cancers, les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires, le diabète, les maladies de l'appareil musculosquelettique, les maladies neurodégénératives, ainsi que les problèmes de santé mentale.

LUTTE CONTRE LE TABAC : PREMIER ANGLE D'ATTAQUE DES MALADIES CHRONIQUES

Au cours des trois prochaines années, la Direction de santé publique (DSP) de l'Agence a entrepris de s'attaquer aux trois principaux facteurs de risques associés aux maladies chroniques : le tabagisme, la mauvaise alimentation et la sédentarité.

Forte de son expérience et de son engagement dans la lutte au tabagisme, la DSP a choisi cette thématique comme priorité pour l'année 2013. « Malgré tout ce que l'on sait sur les méfaits du tabac, plus d'un Montréalais sur cinq est fumeur. Le taux de fumeurs à Montréal demeure l'un des plus importants parmi les grandes villes du Canada. Chaque année, trop de jeunes commencent à fumer et restent accrochés, les compagnies de tabac trouvent de nouveaux moyens pour les attirer, trop de femmes enceintes fument encore. Beaucoup de chemin reste à parcourir dans la lutte contre le tabac », explique le Dr Richard Massé, directeur de santé publique à l'Agence de Montréal qui, en février dernier, présentait *Montréal sans tabac - Plan de lutte contre le tabagisme 2012-2015* et *Montréal sans tabac - Le point sur le tabagisme*.

« La bonne nouvelle, c'est que nous ne sommes pas seuls dans la bataille. Nous nous joignons à un réseau de partenaires des milieux de l'éducation, de la santé et des services sociaux et du milieu communautaire. Nous sommes motivés et outillés pour offrir des interventions et des services de qualité, accessibles et adaptés aux besoins de la population », souligne le Dr Massé.

Dans ce plan, la prévention reste d'une importance majeure. On y prévoit la révision des actions préventives et des milieux d'intervention à privilégier et on rappelle l'importance d'effectuer des approches ciblées. La DSP propose également des actions visant la protection des Montréalais contre la fumée du tabac dans l'environnement, soit en appuyant le renforcement des mesures et des lois déjà en place ou en intégrant des interventions ciblant des groupes particuliers, par exemple : en adaptant nos stratégies au marché du tabac qui, avec un marketing bien pensé, tente d'attirer de plus en plus les jeunes avec des emballages attrayants ou des saveurs de tabac aromatisées. La dernière dimension concerne la cessation tabagique et vise à faire connaître davantage les programmes qui existent, notamment le Défi J'arrête, j'y gagne !, pour lequel la DSP a fait une importante campagne en mars 2013.

La DSP et ses partenaires redoublent donc d'efforts pour mettre en place les conditions idéales afin que la population vive dans des environnements sans fumée. « Il faut documenter davantage, se mobiliser, innover et contribuer à faire évoluer les politiques publiques », conclut le Dr Massé, dont le prochain rapport annuel portera sur la lutte contre le tabagisme.

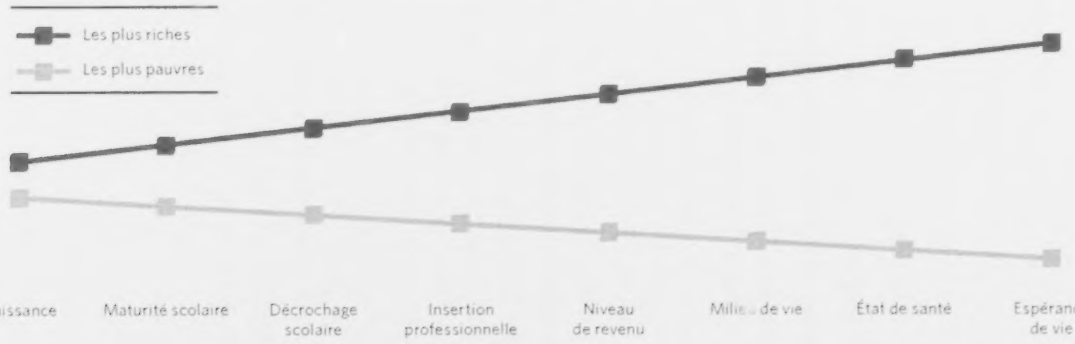
Quelques statistiques à propos du tabagisme chez les Montréalais

- les jeunes adultes montréalais de 18-34 ans représentent le pourcentage le plus élevé de fumeurs (26 %) ;
- en 2011, environ 8 % des élèves du secondaire à Montréal fumaient la cigarette ;
- plus d'hommes sont fumeurs (25 %) que de femmes (19 %) ;
- près de 7 % des Montréalaises enceintes ont fumé ;
- les fumeurs montréalais fument en moyenne 12 cigarettes par jour ;
- 70 % des fumeurs veulent arrêter de fumer.

Inégalités sociales : des effets réels sur la santé

La santé des Montréalais s'est améliorée au cours des dernières années. C'est en soi une bonne nouvelle, mais les inégalités sociales de santé (ISS) demeurent très présentes dans la métropole et sont une priorité du directeur de santé publique de l'Agence, le Dr Richard Massé.

« Les ISS affectent la santé des plus vulnérables de notre société, où une personne sur cinq vit dans la pauvreté », soutient le Dr Richard Massé. Ainsi, une enfance vécue dans un contexte de vulnérabilité a des conséquences jusque dans l'espérance de vie d'une personne. Les risques de développer du diabète, des maladies cardiovasculaires, l'asthme et le cancer sont plus importants chez les personnes vulnérables sur les plans économique et social. La responsable scientifique du *Rapport du directeur de santé publique 2011* sur les ISS et directrice du Centre Léa-Roback, la Dre Marie-France Raynault, y voit une raison pour expliquer que, d'un quartier montréalais à l'autre, l'espérance de vie peut varier de 10 ans.



Des pistes de solutions

Favoriser la bonne santé et l'épanouissement de près de deux millions de personnes n'est pas une mince tâche. Pourtant, c'est un défi que se lance le directeur de santé publique de Montréal ! Comment ? En influençant les politiques publiques, en mobilisant tous les partenaires qui ont à cœur l'égalité de santé entre les riches et les pauvres et en évaluant les interventions réalisées à partir du critère d'équité. S'unissant à cette orientation, la Dre Raynault ajoute : « Les inégalités sociales sont évitables et, connaissant leur effet néfaste sur la santé, il est de notre responsabilité collective d'agir pour les réduire. » (S.T. et L.C.)

POUR EN SAVOIR PLUS...

Pour plus d'information sur les inégalités sociales de santé à Montréal, lire le rapport du directeur de santé publique sur le sujet.

QUE SONT LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ ?

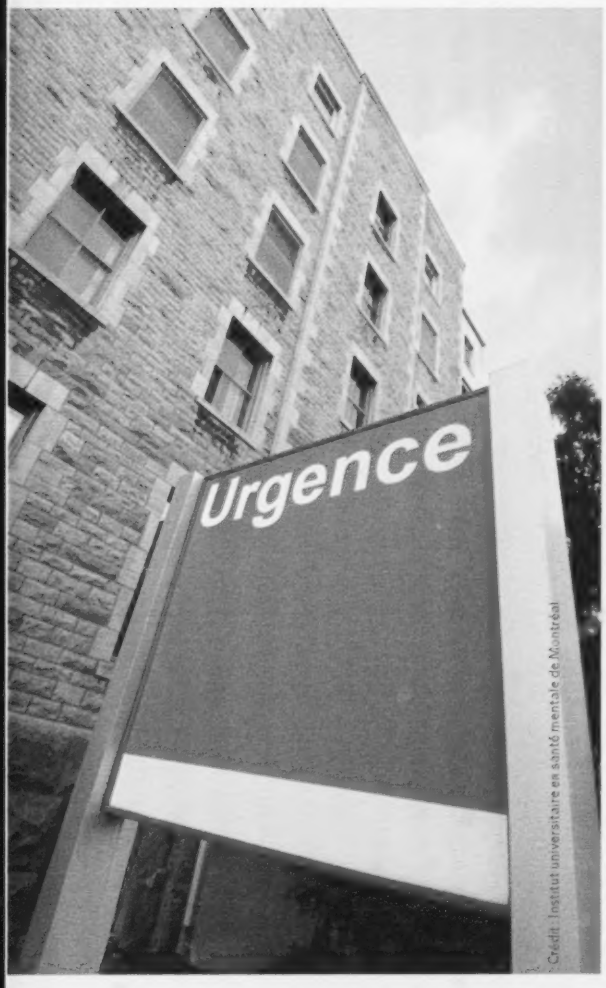
Les inégalités sociales de santé peuvent être définies comme des écarts de santé évitables entre divers groupes de la population, selon leurs conditions socioéconomiques. Des écarts importants observés entre les conditions de vie des individus, notamment en matière de revenu, de logement, d'emploi, d'éducation, d'alimentation et d'accès aux soins, ont un effet direct sur leur santé et leur espérance de vie.

LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES : DES PARTENAIRES ESSENTIELS

En 2012-2013, l'Agence a soutenu l'action de 648 organismes en leur allouant une somme de 120,9 millions de dollars.

Les organismes communautaires montréalais jouent un rôle essentiel dans l'amélioration de la santé et du bien-être de la population. Les services qu'ils offrent sont complémentaires à ceux des établissements publics. Ils desservent surtout les personnes les plus vulnérables, principalement les personnes qui vivent et subissent des inégalités qui les empêchent plus ou moins de maintenir ou d'améliorer leur santé ; celles parmi les plus défavorisées économiquement. Il s'agit principalement de femmes, de personnes à faible revenu, de personnes sans emploi, de personnes bénéficiant de l'aide sociale et de personnes vivant seules ; certaines combinant plusieurs de ces conditions, par exemple une femme qui vit seule et qui présente un problème de logement.

Pour connaître la liste complète des organismes subventionnés par l'Agence, on peut consulter l'annexe 5.



Crédit : Institut universitaire en santé mentale de Montréal

Urgences montréalaises : Améliorer l'accès par le développement des services généraux dans la communauté

La gestion des salles d'urgence est souvent au premier plan de l'actualité. Bien que des améliorations aient été observées pour l'année 2012-2013, quelques urgences montréalaises présentent encore des taux d'occupation élevés. Pour diminuer la pression, les gestionnaires des salles d'urgence redoublent d'efforts et mettent en place une série de mesures qui portent fruit, mais la solution passe également par le développement de services de santé généraux dans la communauté, ou services de première ligne.

Des actions concrètes pour améliorer les urgences

« Chaque jour, l'Agence suit de près et analyse les données provenant de chacune des salles d'urgence montréalaises. Nous travaillons en collaboration avec les établissements afin d'implanter des projets visant la révision des processus et l'adoption de meilleures pratiques de gestion à l'urgence pour diminuer le temps d'attente et la durée de séjour », précise Danielle McCann, présidente-directrice générale de l'Agence. Toutefois, au-delà de la continuité des efforts déployés, l'atteinte de ces objectifs dépend aussi de la réussite de plusieurs mesures, dont :

- l'amélioration de l'accès aux services de santé généraux, entre autres pour la prévention et le suivi des maladies chroniques ;
- le développement des groupes de médecine de famille (GMF) et des cliniques-réseau (CR) ;
- la libération des lits par des personnes n'ayant plus besoin de soins hospitaliers (ex. : personnes âgées en attente d'une place d'hébergement) ;
- la mise en place de l'approche adaptée à la personne âgée à l'urgence et dans les unités des soins.

Si l'on compare l'année 2012-2013 à l'année précédente, la situation dans les salles d'urgence de Montréal s'est améliorée. On constate, en effet, une baisse de la durée moyenne des séjours sur civière et du pourcentage des séjours de plus de 24 heures et de 48 heures. Néanmoins, pour parvenir à atteindre les objectifs que le réseau s'est fixés, les différents efforts mis en place doivent être maintenus.

Le nombre de visites enregistrées dans les salles d'urgence de Montréal a aussi connu une légère baisse comparativement à l'année 2011-2012. La situation la plus difficile a eu lieu durant les premières semaines de l'hiver, où l'on a constaté un achalandage accru dans les urgences en raison d'une augmentation du nombre de patients arrivés par ambulance combinée à l'arrivée précoce de la grippe. L'Agence a alors demandé à ses établissements de mettre en place des mesures exceptionnelles pour assurer la prise en charge adéquate des patients. Il s'agit, par exemple, de reporter les chirurgies non urgentes et d'intensifier les liens avec les centres de santé et services sociaux (CSSS) pour le suivi de patients à domicile, le tout en s'assurant que les patients prioritaires dans les urgences reçoivent des soins de qualité comme à l'habitude.

En 2012-2013, Info-Santé a traité 768 457 appels, avec un délai moyen d'attente de moins de 4 minutes dans 67 % des cas.

LES URGENCES MONTRÉALAISES EN CHIFFRES

- Montréal compte 22 salles d'urgence, dont 3 spécialisées en soins psychiatriques et 2 en soins pédiatriques ;
- 838 994 visites ont été enregistrées dans les salles d'urgence de Montréal en 2012-2013 ;
- 34 % des hospitalisations enregistrées par les établissements montréalais concernaient des patients non montréalais, ce qui contribue à l'engorgement des urgences.

L'URGENCE : EN CAS D'URGENCE SEULEMENT !

Avant de vous rendre à l'urgence :

1. Communiquez avec Info-Santé en composant le 811 : pour des conseils sur un problème de santé et pour savoir quand et qui consulter. Tous les jours de l'année, 24 heures sur 24.
2. Appelez votre médecin ou rendez-vous dans une clinique-réseau : ces cliniques sont ouvertes 12 heures par jour en semaine et 8 heures par jour la fin de semaine et les jours fériés pour des services sans rendez-vous, avec accès à des services de prélèvements et de radiologie.
3. Appelez le 911 : si la vie d'une personne est en danger, appelez le 911 ou rendez-vous à la salle d'urgence la plus proche.

Faciliter l'accès aux consultations médicales et aux médecins de famille

Le développement des groupes de médecine de famille, des cliniques-réseau et des cliniques-réseau intégrées (CRI) compte parmi les solutions mises en place afin de faciliter l'accès aux soins et aux services. Les premiers GMF et cliniques-réseau ont ouvert leurs portes respectivement en 2003 et 2005. Depuis, il s'agit d'une priorité pour l'Agence de Montréal et on compte aujourd'hui 41 GMF, 30 CR et 4 CRI sur le territoire. L'Agence est impliquée dans les processus d'obtention et de renouvellement de contrat de ces cliniques et s'assure qu'elles respectent les conditions et, par le fait même, répondent aux objectifs définis pour chacun de ces modèles d'organisation.

« Les GMF sont une formule gagnante qu'il faut populariser davantage. Le concept des GMF vise à rendre les médecins de famille plus disponibles grâce, entre autres, au partage des activités avec les infirmières, au financement accordé pour fournir du soutien informatique et administratif, ainsi qu'à la création de liens entre le médecin et les services offerts par les CSSS et les hôpitaux. Quant aux cliniques-réseau, elles sont idéales pour les urgences de santé mineures, explique Danielle McCann. En développant davantage la première ligne, nous offrons d'autres options à la population, qui peut alors consulter ailleurs qu'à l'urgence. »

Toujours dans le but de faciliter l'accès aux soins et aux services, un guichet d'accès pour la clientèle orpheline (GACO, destiné aux personnes qui n'ont pas de médecin de famille) est en place dans chacun des 12 CSSS du territoire montréalais. En 2012-2013, 87 426 personnes ont été référées à un médecin de famille grâce à ce service.

« D'autres initiatives en cours aideront également à continuer à améliorer la situation dans les urgences, notamment l'augmentation des services de soutien à domicile et le déploiement de programmes de gestion des maladies chroniques par les CSSS, l'arrivée des infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne et la mise en place d'ordonnances collectives. Nous sommes convaincus que le développement de la première ligne est l'avenue à emprunter, c'est pourquoi nous en avons fait une priorité », conclut Danielle McCann. (M.-J.T.)

LE SAVIEZ-VOUS ?

Le Portail santemontreal.qc.ca contient une foule de renseignements pour vous aider à vous diriger dans le réseau de la santé montréalais.

Crédit : Elise Bambini

Réorganiser les services pour les adapter davantage aux personnes ayant des besoins particuliers

Comme partout au Québec, le réseau de la santé et des services sociaux montréalais procède à des transformations majeures afin de mieux desservir et d'améliorer l'accès aux services pour certaines clientèles qui ont des besoins particuliers, notamment les personnes aînées, celles aux prises avec un problème de santé mentale et celles qui présentent une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement. Voici un aperçu des développements en cours.

Prendre soin des aînés montréalais : chez soi, le plus longtemps possible

À Montréal, les personnes de 65 ans et plus représentent 16 % de la population. Plusieurs d'entre elles vivent seules et n'ont pas de véritable soutien familial. Souvent, ces personnes sont également aux prises avec des problèmes de santé complexes. Malgré tout, la majorité d'entre elles désirent rester dans leur propre foyer, et ce, le plus longtemps possible. Sensible à cette réalité, le réseau travaille à organiser les services de façon à mieux répondre à leurs besoins.

« Pour l'Agence, la mise en place des meilleures conditions pour permettre aux aînés montréalais de vieillir chez eux le plus longtemps possible est une priorité. C'est pour cette raison que nous misons sur l'augmentation des services de soutien à domicile », explique Danielle McCann, présidente-directrice générale de l'Agence de Montréal.

Comme le démontre le tableau suivant, les projets d'optimisation en cours dans les CSSS de la région ont permis des améliorations notables, permettant à plus d'aînés de recevoir des services à la maison et aussi d'en recevoir plus fréquemment :

SOUTIEN À DOMICILE	2012-2013	2011-2012	VARIATION
Nombre total de personnes desservies	53 899	51 028	↑ 6 %
Nombre total d'interventions	2 230 929	1 973 076	↑ 13 %
Nombre total en heures de services directs	1 864 539	1 682 600	↑ 11 %

Parallèlement, la région est résolument engagée dans le déploiement des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) et des programmes d'aide aux proches aidants. « De plus, nous avons la chance de pouvoir compter sur un institut spécialisé, un lieu d'excellence qui possède une expertise de pointe en santé de la personne âgée. L'Institut universitaire de gériatrie de Montréal a d'ailleurs contribué, avec d'autres partenaires, à élaborer l'approche adaptée à la personne âgée actuellement en implantation dans tous les hôpitaux montréalais », souligne Danielle McCann. Cette approche vise à ce que les aînés gardent la forme durant leur séjour à l'hôpital. On estime, en effet, que l'absence d'activité physique durant une hospitalisation, en raison du repos au lit, entraîne une réduction de 5 % par jour de la force musculaire chez la personne âgée, comparativement à 1,5 % chez le jeune adulte.

Lorsque les services de soutien à domicile ne suffisent plus : des services d'hébergement sont offerts

Lorsque l'état de santé d'une personne ne lui permet plus de rester à domicile, il est alors temps de considérer les services d'hébergement. Au cours des dernières années, l'offre de service en hébergement s'est grandement diversifiée à Montréal. En 2012-2013, 3 nouvelles ressources intermédiaires ont ouvert leurs portes ; ce qui représente 349 places additionnelles pour les aînés en perte d'autonomie. Une ressource intermédiaire est un milieu de vie adapté aux besoins de personnes qui sont en perte d'autonomie légère ou qui ont besoin d'aide ou de soutien dans leurs activités quotidiennes (de une à trois heures de soins par jour). Bien qu'administrée par un promoteur privé, toute ressource intermédiaire est liée à un CSSS qui y assure les soins. Montréal dispose maintenant de 1 335 places de ce type d'hébergement.

D'autre part, beaucoup d'efforts sont effectués pour rehausser les soins offerts en centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). En effet, les CHSLD sont généralement réservés aux personnes en lourde perte d'autonomie, qui ont besoin de plus de services en intensité et en complexité. Ainsi, 300 places de plus sont maintenant accessibles pour cette clientèle. « Ces améliorations s'ajoutent à des projets de rénovation importants réalisés pour respecter l'approche milieux de vie en CHSLD, comme l'élimination des chambres multiples, la climatisation des pièces, l'ajout d'aires communes », précise la PDG de l'Agence de Montréal.

Le séjour en milieu hospitalier

Parallèlement, l'Agence travaille à améliorer le cheminement des personnes âgées dans le réseau de la santé de même que l'offre de service avant, pendant et après l'hospitalisation. Ainsi, un projet-pilote, visant à favoriser le désengorgement des salles d'urgence durant l'hiver, une période particulièrement névralgique, a obtenu d'excellents résultats en ce sens : en intensifiant les services offerts par le CSSS de même qu'en augmentant l'accès au soutien à domicile et à des équipements spécialisés, 465 personnes âgées ont pu retourner chez elles plus rapidement à la suite d'une hospitalisation, ou tout simplement demeurer dans leur milieu de vie en attendant une place d'hébergement, plutôt que de se retrouver à l'urgence. Cette mesure a de plus permis aux salles d'urgence de concentrer leurs efforts sur les patients nécessitant des soins critiques.

Santé mentale : des services plus accessibles

Pour assurer des services de santé mentale plus accessibles, l'Agence et les établissements du réseau travaillent sur plusieurs fronts. Chacun des 12 CSSS a aujourd'hui son guichet d'accès en santé mentale (adultes et jeunes) et les équipes de première ligne en santé mentale dans les CSSS pour les jeunes et les adultes sont presque entièrement constituées (respectivement à 89 % et 82 %). D'ailleurs, en 2012-2013, le nombre de personnes ayant reçu des services de santé mentale de première ligne en CSSS a augmenté de 13 %, soit 2 000 usagers de plus qu'en 2011-2012.

LE SOUTIEN À DOMICILE

Les services de soutien à domicile offerts aux aînés peuvent comprendre des services médicaux et infirmiers, des services psychosociaux, de réadaptation et de nutrition, des services d'aide à domicile, des soins palliatifs et du soutien au deuil, des services aux proches aidants ainsi que des services de référence aux ressources d'hébergement.

QU'EST-CE QUE LE RSIPA ?

L'objectif des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) est d'assurer une bonne coordination de l'ensemble des soins et services offerts à la clientèle âgée et aux proches aidants par les différents partenaires, qu'ils soient issus des réseaux public, privé ou communautaire. Grâce à l'outil informatique développé pour soutenir le réseau de la santé dans ce projet (solution informatique RSIPA), les intervenants peuvent avoir accès rapidement à une foule de renseignements à jour et de qualité sur les usagers et leur santé pour mieux évaluer les soins et les services à leur offrir.

L'Agence a traité plus de 5 000 demandes d'hébergement au cours de l'année.

Des progrès ont également été observés dans le développement des ressources résidentielles. 2012-2013 aura permis d'initier un projet d'envergure : il s'agit de la transformation de deux étages du Centre d'hébergement de Louvain du CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord en une unité de 31 lits pour des personnes présentant des problèmes de santé mentale et nécessitant un hébergement de longue durée. Toujours du côté des ressources résidentielles, les travaux de mise en place d'un mécanisme d'accès régional unifié se poursuivent avec les deux instituts universitaires en santé mentale de la région.

Enfin, l'Agence a investi beaucoup d'efforts dans la formation en prévention du suicide. En tout, 734 intervenants des CSSS ont été formés pour intervenir auprès des personnes à risque suicidaire, 140 gestionnaires ont pris part à des ateliers de travail pour améliorer l'accessibilité et la continuité des services de la première à la troisième ligne, et 12 comités locaux ont été mis sur pied pour préparer les plans d'action de chaque CSSS en matière d'organisation des services en prévention du suicide. (M.B.-R.)

DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT (DI-TED) : DES SERVICES PLUS ADAPTÉS ET MIEUX COORDONNÉS

À Montréal, environ 66 000 personnes vivent avec une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble envahissant du développement (TED). Selon les données officielles, la proportion d'enfants d'âge scolaire ayant un TED serait plus importante à Montréal que dans les autres régions du Québec.

Tenant compte de cette réalité, l'Agence s'est dotée d'un plan d'action visant à mieux répondre aux personnes présentant une DI ou un TED. Parmi ses priorités : l'accessibilité aux services et la mise en place de services coordonnés entre les différents partenaires impliqués, tels les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, les écoles, les organismes communautaires, etc.

Ainsi, l'année 2012-2013 a été marquée par une augmentation significative de la prise en charge par les CSSS des personnes présentant un DI-TED, soit une hausse de 47 % pour celles dont l'état de santé est jugé de niveau « urgent » et de 71 % pour celles dont le niveau de priorité est jugé « élevé ».

Parallèlement, pour favoriser le développement et la réussite des jeunes d'âge scolaire qui, en raison d'une difficulté ou d'une déficience, requièrent les services provenant de plusieurs disciplines et secteurs, l'Agence a continué à travailler avec ses partenaires de l'éducation afin d'outiller les intervenants pour offrir à ces personnes un « plan de services individualisé et intersectoriel » (PSII).

Pour le jeune et ses parents, les avantages sont multiples, notamment en ce qui a trait au fait d'être parties prenantes des décisions qui les concernent et de bien connaître le rôle de chacun des organismes desquels ils reçoivent des services. Ils n'ont pas à frapper à plusieurs portes ou à faire des « allers-retours ». Les PSII facilitent l'accès aux services et contribuent à la diminution du nombre d'évaluations et du nombre de fois où la famille doit répéter son « histoire » à des intervenants différents.

FUSION DE TROIS DES CINQ CENTRES MONTRÉALAIS DE RÉADAPTATION EN DI-TED

En juin 2011, trois centres de réadaptation en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement (les centres de réadaptation Gabrielle-Major, Services de réadaptation l'Intégrale et Lisette-Dupras) ont uni leurs forces pour devenir le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de Montréal. Il s'agit aujourd'hui du plus important établissement de réadaptation en DI-TED du Québec. La mise en commun des ressources de ces trois centres rejoint directement les objectifs poursuivis par l'Agence : elle permet d'améliorer l'accessibilité des services et facilite la collaboration et la coordination des efforts entre les centres de réadaptation, les CSSS, les commissions scolaires, les organismes communautaires et les autres partenaires de la région de Montréal.

Optimiser : pour mieux servir la population

L'optimisation : il s'agit d'une priorité pour laquelle l'Agence s'est engagée, auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), à mettre en chantier 26 projets, en plus d'autres projets montréalais visant l'amélioration de la performance des établissements.

En fixant à 5 % la croissance du financement alloué à la santé et aux services sociaux, le gouvernement exige du réseau d'améliorer sa performance. L'orientation est claire : un système de santé plus performant sans affecter les services offerts à la population. L'effort demandé aux établissements est important ; on parle même d'un véritable défi !

Qu'ils soient à la phase d'étude de faisabilité, de planification ou en réalisation, tous les projets d'optimisation font l'objet d'un travail intense. Le plus avancé de ceux-ci, dans tous les CSSS montréalais, est le projet d'optimisation des services de soutien à domicile. Les différents efforts d'organisation du travail ont, en effet, permis au 31 mars 2013 de dépasser la cible fixée et d'offrir près de 3,1 millions d'heures en soutien à domicile à la population montréalaise. Ainsi, les personnes âgées en perte d'autonomie et celles présentant une déficience physique, intellectuelle ou un trouble envahissant du développement ont, en 2012-2013 comparativement à l'année 2011-2012, vu augmenter de plus de 165 000 le nombre d'heures des services à domicile qu'elles ont reçus.

Par ailleurs, depuis plusieurs années, l'Agence et le réseau montréalais demeurent hautement préoccupés par l'utilisation de la main-d'œuvre indépendante (MOI) et ont mis en place une multitude de moyens permettant de parvenir à une réduction de celle-ci. Les efforts déployés par la région de Montréal portent fruit. Une diminution significative est observée et les cibles de réduction fixées pour 2014-2015 par le MSSS devraient être atteintes. L'objectif ultime demeure la fin du recours à la main-d'œuvre indépendante à Montréal.

Un autre projet d'optimisation touche les services de laboratoire de biologie médicale. Celui-ci comporte trois volets, soit la réorganisation des services sur le territoire, l'évaluation de la pertinence des tests demandés ainsi que la révision du financement des laboratoires dans une perspective d'efficience. Avec ce grand projet d'optimisation, les Montréalais profiteront d'une mise en commun de l'expertise de pointe dans cinq établissements, tout en continuant d'avoir accès à des tests urgents dans leur hôpital de proximité. L'Agence de Montréal est la première agence régionale à proposer un modèle qui permettra au réseau de se donner les moyens de faire face aux changements technologiques et de s'adapter à l'évolution de la pratique médicale en laboratoire.

Plusieurs autres sujets font l'objet de projets d'optimisation. En somme, ce sont des chantiers importants et complexes, mais essentiels pour s'adapter à l'évolution de la demande. Ils continueront au cours des prochaines années à mobiliser le réseau. (L.C.)

POUR EN SAVOIR PLUS...

Pour en savoir davantage sur les chantiers d'optimisation en cours, on peut consulter l'annexe 3.

Pour en savoir plus sur la réduction de la main-d'œuvre indépendante à Montréal, lire l'article « Relever les défis de pénurie de main-d'œuvre » à la page 24.

LE BUDGET DU RÉSEAU MONTRÉALAIS 2012-2013

Parmi ses responsabilités, l'Agence doit répartir le budget alloué au réseau montréalais par le MSSS. Ce budget, qui représentait 6,2 milliards de dollars en 2012-2013, a notamment servi à financer les soins et les services à la population, la gestion des bâtiments et des équipements, de même que l'administration et les différents services de soutien des établissements publics. Des sommes ont également été allouées pour financer certains services dans les établissements privés conventionnés et des subventions ont été accordées aux organismes communautaires et à d'autres types d'organismes de la région.

Le tableau suivant résume la façon dont le budget 2012-2013 a été réparti à Montréal :

Montant de l'enveloppe budgétaire régionale (nette)	**6 204 M$**
Affectation de l'enveloppe budgétaire régionale	
Allocation aux établissements	5 995,96 M$
Allocations aux organismes communautaires	113,47 M$
Allocations à d'autres organismes	28,98 M$
Allocations régionales attribuées à l'Agence	46,8 M$
Programme d'externat soins infirmiers OIIQ	0,14 M$
Divers comptes à payer	19,41 M$

Mise en garde : ce tableau n'est pas un état financier officiel, il s'agit d'un sommaire pour faciliter la compréhension. Pour tout savoir sur les finances du réseau montréalais, on peut consulter l'annexe 5.

Amélioration continue de la qualité : une priorité !

Au cours des dernières années, l'Agence a réalisé plusieurs avancées en matière de gestion intégrée de la qualité des soins et services offerts à la population. La mise en place de structures et de processus organisationnels consacrés à la qualité ainsi que le suivi de différents mécanismes de surveillance, internes et externes, ont pour objectif d'assurer le respect des droits des usagers et l'amélioration continue de la qualité dans le réseau montréalais.

Une des responsabilités de l'Agence est de soutenir et d'encadrer les établissements dans l'application de mesures visant la qualité des soins et services offerts à la population. Plus particulièrement, si on pense aux services aux aînés, les visites d'appréciation de la qualité et la certification des résidences privées figurent parmi les moyens dont l'Agence dispose pour veiller à ce que toute personne résidant dans un milieu d'hébergement puisse bénéficier de services adéquats et d'un environnement physique de qualité ; un vrai milieu de vie !

Les visites d'appréciation de qualité

L'Agence participe à toutes les visites d'évaluation de la qualité réalisées par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et en assure le suivi.

L'Agence de Montréal a notamment mis sur pied une équipe entièrement dédiée au suivi de la qualité en centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Depuis septembre 2012, chacun des établissements s'est vu attitrer un répondant de cette équipe, avec pour mandat d'assurer le suivi intégré de l'ensemble des recommandations issues des visites ministérielles de même que celles du coroner et du Protecteur du citoyen. Cette équipe collabore également au processus de priorisation des visites en élaborant le portrait de chacun des établissements et de ses installations.

Cette nouvelle façon de travailler avec les établissements comporte plusieurs bénéfices : elle permet un meilleur suivi et rend plus optimale la recherche de solutions centrées sur les besoins des résidents, en plus de favoriser une relation de confiance et un meilleur partenariat entre les acteurs impliqués. En outre, elle améliore l'encadrement des établissements qui présentent certaines difficultés et, s'il y a lieu, facilite le processus de révocation de permis lorsqu'une situation est jugée inacceptable dans un établissement.

En 2012-2013 :

- 17 CHSLD ont reçu une visite ministérielle, pour laquelle l'Agence a par la suite effectué un suivi et s'est assuré du respect du plan d'amélioration ;
- 7 ont été visités dans le cadre de suivi d'un rapport de coroner ;
- 2 ont été visités pour suivi du Protecteur du citoyen ;
- 18 ont été visités relativement à la qualité des soins et à la sécurité du milieu de vie ;
- 1 CHSLD a fait l'objet d'une demande de révocation de permis, qui a été acceptée par le MSSS.

D'AUTRES ÉTABLISSEMENTS FONT AUSSI L'OBJET DE VISITES MINISTÉRIELLES

En plus des **CHSLD** publics, privés conventionnés et privés non conventionnés, d'autres établissements sont visités par le MSSS :

- Les **ressources intermédiaires et de type familial** (RI-RTF), destinées aux jeunes en difficulté, aux personnes présentant une déficience physique ou intellectuelle, aux personnes touchées par des problèmes de santé mentale et aux personnes âgées en perte d'autonomie.
- Les **centres jeunesse** pour le volet de l'application de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) et le volet des centres de réadaptation dans les centres jeunesse.

QUELQUES ÉLÉMENTS ÉVALUÉS LORS DES VISITES MINISTÉRIELLES

- L'offre de service, la qualité des soins et les compétences du personnel.
- La sécurité, les équipements adaptés à la clientèle, la prévention et le contrôle des infections ainsi que les mesures pour l'implantation de l'approche milieu de vie.
- L'environnement physique.

La certification des résidences privées pour aînés

Tel que prescrit par la loi, il y a quelques années, l'Agence de Montréal a mis en place une équipe chargée de coordonner la certification des résidences privées pour aînés. Son travail consiste à accompagner les exploitants lors de l'ouverture d'une résidence privée pour aînés, du renouvellement de leur certification ou lorsque la résidence change de propriétaire.

« Le certificat est le gage d'un milieu de vie sain, confortable et sécuritaire pour les personnes hébergées, souligne Patrick Murphy-Lavallée, directeur des programmes-services. Tout comme l'Agence, les propriétaires ont à cœur la qualité des services offerts aux aînés. » Un certificat de conformité est valide pour trois ans. Durant cette période, l'Agence s'assure que l'exploitant maintient la conformité aux conditions de la certification. En tout temps, l'Agence peut visiter la résidence, faire les vérifications qui s'imposent et demander les correctifs appropriés.

Au 31 mars 2013, 220 des 250 résidences pour aînés de la région de Montréal étaient certifiées, ce qui représente un taux de 88 %. Les 30 autres résidences étaient soit en processus de renouvellement de certification (19), en suivi pour une première certification (7) ou encore en activité sous une attestation temporaire (4).

Depuis le 13 mars 2013, de nouvelles dispositions encadrent le processus de certification. L'Agence est responsable d'informer et d'accompagner les exploitants des résidences dans l'application des changements. L'année 2013-2014 sera donc consacrée à la mise en place de ce nouveau règlement.

Consulter la liste complète des résidences privées certifiées sur le Portail santemontreal.qc.ca.
(M.B.-R. et R.-M.A.)

SPHÈRES VISÉES PAR LES NORMES DE CERTIFICATION

- **Santé et sécurité des résidents** : procédures d'urgence, système d'appel à l'aide obligatoire, encadrement des personnes ayant des troubles de comportement, respect d'un seuil minimal de personnel, etc.
- **Personnel de la résidence** : formation du personnel et vérification de ses antécédents judiciaires et de ceux des bénévoles.
- **Information transmise aux résidents** : processus de plainte, clarté du bail de location, etc.
- **Visites et accès à des services de santé et services sociaux** : aménagement des lieux et accès à des intervenants de santé et services sociaux.
- **Alimentation et loisirs** : loisirs adaptés aux besoins des personnes aînées et repas qui respectent les recommandations du Guide alimentaire canadien.

LA QUALITÉ ET SON ÉVALUATION

La qualité est définie à partir de normes administratives, cliniques et professionnelles reconnues, et son évaluation repose sur la mesure du degré d'atteinte de ces normes. Les actions porteuses de qualité réfèrent à ce qui est incontournable en matière de valeurs, de philosophie de gestion, d'orientations et de bonnes pratiques.

Actuellement, ces actions sont principalement définies à partir d'évaluations ou de recommandations émises par différentes instances concernant la dispensation des soins et des services. En effet, l'Agence de Montréal suit quotidiennement des dossiers qualité de multiples provenances, notamment :

- la surveillance du régime d'examen des plaintes des établissements;
- les comités d'usagers et de résidents des établissements;
- le processus d'agrément des établissements;
- les recommandations du Curateur public, du Bureau du coroner et du Protecteur du citoyen;
- les rapports et recommandations des visites ministérielles d'appréciation de la qualité;
- le suivi des rapports annuels de gestion ou d'activités des établissements;
- le système d'information sur la sécurité des soins et des services des établissements;
- les formations en matière de gestion sécuritaire des soins et de services.

Relever les défis de pénurie de main-d'œuvre dans le réseau en améliorant l'organisation du travail et la prestation des services

Le réseau montréalais compte près de 91 500 employés : des infirmières, des inhalothérapeutes, des préposés aux bénéficiaires, des pharmaciens, du personnel de l'administration, des électriciens, des plombiers et plus encore ; et plusieurs de ces métiers sont en pénurie de personnel. Parmi ses responsabilités, l'Agence de Montréal doit veiller à l'équilibre entre l'effectif requis et disponible et l'utilisation optimale de ses compétences, et ce, dans une perspective d'assurer l'accès et la qualité des soins et services. Pleins feux sur des actions prometteuses !

Dans le cadre de son Plan d'action sur la disponibilité de la main-d'œuvre, l'Agence, en collaboration avec les établissements, agit à la fois sur l'attraction, la rétention et l'intégration du personnel ainsi que sur l'optimisation de la contribution de chaque groupe d'employés dans l'organisation du travail. Plusieurs mesures sont mises en place, dont la réduction de la main-d'œuvre indépendante, l'accroissement du nombre d'infirmières praticiennes spécialisées et le recrutement de cliniciens diplômés à l'étranger.

Réduire la main-d'œuvre indépendante

L'un des chantiers que l'Agence a entrepris consiste à réduire le recours à la main-d'œuvre indépendante (MOI), une pratique qui a cours dans certains établissements pour pallier une importante pénurie d'effectifs. L'utilisation de la MOI concerne principalement les infirmières, les infirmières auxiliaires et les préposés aux bénéficiaires. Ainsi, en plus de collaborer avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) dans une démarche auprès de 15 établissements montréalais parmi les plus importants utilisateurs de MOI, l'Agence accompagne, de façon individuelle, 11 centres d'hébergement dans des projets visant l'optimisation des pratiques cliniques, le développement des compétences, les pratiques de gestion ainsi que la stabilisation des équipes de travail.

Les efforts déployés jusqu'ici portent fruit, particulièrement dans le cas des infirmières auxiliaires et des préposés aux bénéficiaires : non seulement l'utilisation de la MOI a baissé sur le plan régional, elle a même déjà dépassé l'objectif cible pour 2014-2015). Cependant, le recours à la MOI infirmière dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) continue d'augmenter ; tendance que l'Agence souhaiterait voir diminuer en 2013-2014.

POURCENTAGE D'UTILISATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE INDÉPENDANTE À MONTRÉAL EN 2012-2013

	Résultats 2012-2013	Objectifs 2012-2013	Cibles 2014-2015
Infirmières	4,83 %	5,17 %	4,18 %
Infirmières auxiliaires	2,21 %	2,94 %	2,42 %
Préposés aux bénéficiaires	1,43 %	2,36 %	2,11 %

Les infirmières praticiennes spécialisées : améliorer l'accessibilité des services de première ligne

En 2012-2013, la région de Montréal s'est vu octroyer 57 postes d'infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPS-SPL) sur un total de 118 postes qui seront financés par le MSSS d'ici 2017. Souvent appelées « super-infirmières », les IPS-SPL peuvent réaliser certaines activités médicales auprès de patients de tous âges. Elles peuvent notamment prescrire certains médicaments et examens diagnostiques et effectuer certains traitements médicaux, comme des sutures de plaies ou des drainages d'abcès. Elles peuvent également assurer les suivis de grossesse jusqu'à 32 semaines ainsi que les suivis de l'état de santé de patients aux prises avec des problèmes de santé courants ou des maladies chroniques diagnostiquées. L'implantation de cette nouvelle fonction dans les établissements de santé permettra d'améliorer l'accessibilité des soins et des services.

En collaboration avec les établissements et afin de les soutenir dans l'implantation de ces nouveaux postes, l'Agence a mis en place une série de mesures. Elle a notamment entrepris une tournée des universités du Québec afin d'attirer les étudiantes finissantes du programme IPS-SPL dans les établissements montréalais. Elle a aussi lancé des groupes de travail afin d'assurer la répartition des postes financés par le MSSS en fonction des besoins de prise en charge de la population et de soutenir le changement des pratiques dans les établissements de façon à permettre une meilleure intégration des IPS-SPL à leur entrée en fonction. Il s'agit aussi d'augmenter le nombre de places de stage et celui des diplômés en vue de combler les postes. Enfin, l'Agence a également créé un salon virtuel de l'emploi, qui présente les différents lieux de pratique aux futures IPS-SPL ainsi que les postes disponibles en temps réel et de manière géolocalisée. On peut le visiter sur : emplois.santemontreal.qc.ca. (C.D. et R.-M.A.)

MIEUX RECRUTER ET MIEUX INTÉGRER LA MAIN-D'ŒUVRE IMMIGRANTE : UNE SOLUTION POUR RÉDUIRE LA MOI!

L'Agence a entrepris plusieurs actions afin d'augmenter le recrutement, la rétention et l'intégration des infirmières formées à l'extérieur du Québec. D'autres démarches sont par ailleurs en cours pour favoriser l'embauche et l'intégration de médecins diplômés à l'étranger.

EMPLOIS.SANTEMONTREAL.QC.CA : UNE VITRINE QUI A DU SUCCÈS!

La notoriété du site emplois.santemontreal.qc.ca ne cesse d'augmenter, avec plus de 4 000 offres d'emplois affichées chaque année par les établissements de santé de Montréal. Chaque mois, il est consulté par plus de 30 000 chercheurs d'emploi. Ce site a d'ailleurs été complètement revampé en 2012-2013 afin de faciliter l'expérience des candidats potentiels. La nouvelle version devrait être lancée à l'automne 2013.

ENCOURAGER LES MILIEUX DE TRAVAIL SAINS

Afin d'assurer aux employés du réseau des milieux de travail sains, l'Agence s'est donné pour objectif que 50 % des établissements montréalais obtiennent, d'ici 2015, l'une des trois certifications de type « Employeur de choix » (Établissements promoteurs de santé, Entreprise en santé ou Planetree). En 2012-2013, 10 établissements ont été sélectionnés pour bénéficier de la subvention de 150 000 $ offerte par l'Agence pour une troisième année consécutive afin de les aider dans cette démarche. Déjà, une trentaine d'établissements ont commencé l'implantation de ces stratégies, et trois ont obtenu leur certification. L'Agence poursuit elle-même cet objectif et, depuis le début de l'année 2013, a commencé l'implantation de l'approche Entreprise en santé dans son organisation.

La simulation, qui a duré 3 heures, a impliqué plus de 200 personnes.

Crédit : Frédéric Rastoul

Montréal à l'avant-garde en matière de mesures d'urgence : le réseau se prépare

Les hôpitaux montréalais seraient-ils prêts à recevoir et à soigner de nombreux blessés s'il survenait un attentat terroriste ou tout autre sinistre sur l'île ? C'est ce que l'Agence et ses partenaires ont voulu mesurer, en octobre 2012, lors d'une simulation d'envergure. Le résultat ? Très positif.

Comme n'importe quelle métropole dans le monde, Montréal n'est pas à l'abri d'une catastrophe ou d'un événement qui nécessiterait la prise en charge et le traitement de nombreuses victimes. L'une des priorités de l'Agence de Montréal est de préparer le réseau face à de telles possibilités, et ce, afin d'assurer une réponse rapide et adéquate aux besoins de la population.

L'Agence a donc procédé à la plus importante simulation jamais réalisée dans le réseau de la santé et des services sociaux au Québec en testant la réaction du personnel hospitalier face à une alerte « code orange ». Ainsi, le matin du 24 octobre 2012, 79 faux blessés, victimes d'une explosion fictive survenue dans une station de métro, ont été dirigés aux urgences de l'Hôpital général de Montréal et de l'Hôpital de Montréal pour enfants du Centre universitaire de santé McGill (CUSM).

Personne n'était au courant de la simulation. Sans préavis, le personnel devait gérer l'arrivée et le traitement des faux blessés tout en continuant à assurer normalement les soins et services aux vrais patients présents dans les deux urgences. Pour l'Agence et le CUSM, ces deux conditions étaient essentielles au succès de l'opération.

CODE ORANGE

Le « code orange » est le code internationalement reconnu lors d'une catastrophe ou d'un sinistre qui engendre un transport massif de personnes vers les hôpitaux.

Au cours des dernières années, deux malheureux événements ont nécessité le déclenchement d'un « code orange » à Montréal, soit en 1989, à l'École Polytechnique, et en 2006, au Collège Dawson, d'où la nécessité pour le réseau d'être préparé à cette éventualité.

Avec plusieurs véhicules ambulanciers et plus de 200 personnes mobilisées, l'exercice a permis d'évaluer les liens de collaboration entre les différents organismes impliqués, notamment en ce qui concerne la traçabilité des blessés entre le lieu de l'accident et l'hôpital et le transport massif de victimes. L'événement aura également permis de bonifier la préparation de l'ensemble des partenaires à une situation d'urgence.

Outre le CUSM, plusieurs organisations prenaient part à l'opération : la Corporation d'Urgence-santé pour le transport des victimes en ambulance, le Service de police de la Ville de Montréal pour le périmètre de sécurité, la Société de transport de Montréal pour le transport des blessés en autobus du lieu de l'accident jusqu'aux hôpitaux, de même que les Forces canadiennes pour la prise en charge des comédiens ayant participé à la simulation et la réalisation des maquillages de faux blessés, qui ont permis de rendre l'expérience encore plus réelle. Pour sa part, l'Agence s'était assuré le concours des médias montréalais, qui transmettaient des informations rassurantes à la population en lui indiquant qu'il s'agissait bel et bien d'une simulation.

L'exercice a été un succès. L'Agence a pu démontrer le bon niveau de préparation du réseau et de ses partenaires face à ce genre de situations. Lors du bilan, quelques recommandations ont été formulées pour améliorer davantage l'efficacité du réseau en situation de « code orange ».

La simulation a permis de positionner l'Agence de Montréal dans son rôle de leader en matière de coordination régionale des mesures d'urgence. L'excellence de l'équipe « Simulation Code orange 2012 », pilotée par le coordonnateur des mesures d'urgence à l'Agence, Michel Garceau, a d'ailleurs été reconnue par le ministère de la Santé et des Services sociaux avec l'octroi du Prix reconnaissance 2013 lors du Forum en sécurité civile.

Afin de maintenir un niveau de réponse efficace en cas de sinistre, l'Agence prévoit exercer, de nouveau, la capacité du réseau au cours des prochains mois. À suivre, donc ! (R.-M.A.)

Le coordonnateur régional des mesures d'urgence, Michel Garceau, s'adressant à la presse à l'issue de l'exercice de simulation.

UNE VIDÉO POUR FORMER LES INTERVENANTS !

Il est primordial de bien préparer les intervenants du réseau à faire face à des sinistres majeurs. En plus de former 200 intervenants psychosociaux, l'Agence a profité de la simulation pour produire une vidéo de formation destinée à l'ensemble des acteurs concernés par les mesures d'urgence à travers le Québec. Comme il est - heureusement - rare que le réseau soit confronté à des situations extrêmes qui nécessitent le déclenchement d'un « code orange », la vidéo s'avère un outil pédagogique précieux. Elle met en perspective le travail essentiel d'une bonne coordination régionale, en plus de présenter les étapes de l'exercice. La vidéo est disponible en ligne à : agence.santemontreal.qc.ca.

Menaces à la santé : une vigie 24/7

De nouveaux virus et bactéries (tels le SRAS et la grippe aviaire) apparaissent un peu partout sur la planète, alors que d'autres, moins présents pendant des années, font un retour en force (comme la tuberculose et la syphilis), entraînant de nouveaux risques pour la santé des populations.

Montréal, comme toutes les grandes villes du monde, n'échappe malheureusement pas à cette réalité. L'augmentation des voyages, les comportements à risque élevé (partage de matériel d'injection de drogues, relations sexuelles non protégées, itinérance, etc.), sans oublier les effets des changements climatiques, sont parmi les raisons qui contribuent à la propagation d'infections dangereuses pour la santé.

À Montréal, une équipe de la Direction de santé publique (DSP) de l'Agence est dédiée à la vigie sanitaire pour l'ensemble de la population : des médecins et des infirmières veillent, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, à identifier les situations susceptibles de mettre en danger la santé. Ils sont de garde pour répondre au réseau en tout temps. Ils interviennent lorsqu'une menace biologique, chimique ou physique présente un risque pour la santé des Montréalais et mettent en place des moyens pour prévenir ces situations.

Détecter : le signalement

Le signalement permet à la DSP de détecter les situations pouvant constituer un danger. Les médecins et les responsables de laboratoires de l'île de Montréal sont les principaux professionnels qui signalent à la DSP toute menace potentielle à la santé. En tout, une cinquantaine de maladies à déclaration obligatoire (MADO) sont ciblées.

Ces maladies sont à déclaration obligatoire notamment parce qu'elles représentent un risque de survenue d'autres cas au sein de la population, qu'elles peuvent entraîner des problèmes de santé importants pour les personnes atteintes.

L'an dernier, la DSP de l'Agence de Montréal a traité quelque **43 000** signalements relatifs à des MADO et à d'autres situations présentant un risque pour la santé, et a mené plus de **5 200** enquêtes épidémiologiques (enquêtes sur les facteurs qui influencent l'apparition, la transmission, la fréquence et l'évolution des maladies).

Le Dr Richard Massé, directeur de santé publique de Montréal

Le directeur de santé publique a des pouvoirs exceptionnels, prévus dans la loi, dans des circonstances particulières : lorsqu'il constate l'exis-tence ou craint l'apparition dans sa région d'une situation présentant des risques élevés pour la population ou pour un groupe d'individus, il peut demander aux autorités de prendre les mesures nécessaires pour réduire ou éliminer ces risques.

Agir : l'enquête épidémiologique

L'enquête épidémiologique consiste à connaître le contexte de l'infection, sa source, les caractéristiques de la personne atteinte et d'identifier la chaîne de transmission. Ces éléments d'enquête permettent de mettre en place les mesures de contrôle pour freiner les éclosions possibles. On parle d'éclosion lorsqu'un nombre anormal de cas rapprochés dans le temps sont notés dans un même secteur.

Prévenir : l'appel à la vigilance

Cette orchestration régionale d'une surveillance active favorise les signalements rapides et cible les interventions à mettre en place pour contrer la menace. Ainsi, la DSP se sert d'appels à la vigilance pour aviser les professionnels de la santé ou les organisations (comme les pharmacies et les organismes communautaires) d'une menace potentielle et pour leur donner des indications facilitant le suivi à faire auprès des patients touchés. En 2012, les maladies respiratoires sévères, la syphilis et le virus du Nil occidental ont fait l'objet des appels à la vigilance les plus fréquents.

Parallèlement, la DSP mène des campagnes de prévention pour encourager notamment la vaccination, l'hygiène et la salubrité, les pratiques sexuelles sécuritaires et le renforcement des bonnes pratiques dans les milieux de soins.

Ainsi, grâce à cette vigie quotidienne, la DSP de l'Agence parvient à assurer le mieux-être des Montréalais et à les protéger contre maladies et intoxications. (J.A.S.)

L'ENQUÊTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE : L'EXEMPLE DE LA LÉGIONELLOSE

La légionellose, appelée « maladie du légionnaire », est causée par la bactérie *Legionella*. Même si cette bactérie se trouve dans une grande variété de sources d'eau, particulièrement l'eau chaude comme dans les chauffe-eau électriques, les spas ou les tours de refroidissement à l'eau, le risque de contracter la légionellose est très faible.

Lorsqu'un cas de légionellose est diagnostiqué, le médecin ou le responsable de laboratoire doit le signaler à la santé publique, qui commencera l'enquête épidémiologique afin de trouver la source de l'infection. Par la suite, des recommandations seront transmises à la personne infectée.

Par ailleurs, les autorités de santé publique demeurent vigilantes devant la possibilité qu'une ou plusieurs personnes puissent également être infectées par la même source. Dans un tel cas, on parlerait d'une éclosion de légionellose.

À Montréal, une quinzaine de cas non liés à la même source sont identifiés chaque année.

Lors d'une éclosion, l'investigation s'élargit afin de recouper plusieurs renseignements, comme les liens qui peuvent exister entre les personnes infectées ainsi que les sources suspectées. Dans une telle situation, le directeur de santé publique peut exiger que des mesures de protection, de prévention et de communication soient mises en place afin de corriger la situation et d'en informer la population.

Environnement et santé : agir sur plusieurs fronts

Respirer un air sain, marcher ou circuler à vélo en toute sécurité, consommer des fruits et légumes frais achetés près de chez soi représentent autant d'exemples d'un environnement urbain favorable à la santé d'une population. Voici un aperçu sommaire d'activités réalisées par l'Agence de Montréal en matière d'environnement urbain au profit de la santé des Montréalais.

Qualité de l'air intérieur

Une mauvaise qualité de l'air peut menacer la santé respiratoire. La présence d'humidité, de moisissures, de blattes ou de rongeurs dans les logements ou les bâtiments peut entraîner chez leurs occupants des problèmes d'asthme, d'infections respiratoires ou de rhinite allergique.

Évaluation de 12 écoles de Montréal

« En 2012-2013, la Direction de santé publique (DSP) de l'Agence a soutenu la Commission scolaire de Montréal dans l'évaluation de la qualité de l'air intérieur d'une douzaine de ses écoles et des effets potentiels sur la santé des élèves et du personnel. D'autres commissions scolaires de la région ont également fait appel à notre expertise dans ce domaine au cours de l'année », mentionne le Dr Louis Drouin, responsable du secteur Environnement urbain et santé de l'Agence. Cette équipe participe d'ailleurs aux travaux d'un comité provincial afin d'élaborer un guide d'intervention sur la qualité de l'air intérieur pour toutes les écoles du Québec.

Les logements insalubres : 80 inspections

Chaque année, la DSP travaille avec les municipalités de l'île de Montréal afin de vérifier la présence de moisissures ou des conditions pouvant nuire à la santé dans des logements montréalais et de déterminer les correctifs nécessaires. En 2012-2013, plus de 80 inspections ont été effectuées. Dans ces cas, la DSP remet les rapports à la municipalité, qui est ensuite chargée d'exiger du propriétaire qu'il procède aux correctifs recommandés.

DES PUNAISES DE LIT NUISIBLES

Environ 2,5 % des logements montréalais sont aux prises avec des infestations de punaises de lit. Les piqûres de ces insectes causent surtout des problèmes de peau. De plus, selon une étude publiée en 2012 par la DSP de l'Agence, la présence de punaises de lit dans les logements augmenterait jusqu'à cinq fois le risque pour les occupants de souffrir de problèmes de sommeil et d'anxiété. Pour lutter contre les infestations de punaises de lit, la Ville de Montréal et la DSP de l'Agence ont mis en œuvre, en 2011, un plan d'action régional en collaboration avec l'ensemble des intervenants concernés par ce problème. Dans le cadre de ce plan d'action, la DSP et l'Office municipal d'habitation de Montréal mènent actuellement un projet-pilote afin d'évaluer l'effet d'une aide à la préparation du logement dans le succès d'une extermination. À ce jour, près de 40 ménages défavorisés aux prises avec des punaises de lit participent au projet, qui se poursuivra au cours des prochains mois.

POUR EN SAVOIR PLUS...

Pour en savoir davantage sur les punaises de lit, on peut consulter : lespunaisesdelit.info.

Qualité de l'air extérieur

La pollution atmosphérique provoquée par le transport, le chauffage au bois et les industries peut affecter la santé des Montréalais, surtout ceux qui sont atteints de maladies chroniques respiratoires ou cardiovasculaires. À cette pollution s'ajoute le pollen de l'herbe à poux, auquel 38 000 enfants montréalais sont allergiques.

Info-Smog : des avertissements à la population

La DSP de l'Agence participe au programme Info-Smog conjointement avec Environnement Canada, le ministère du Développement durable, de la Faune et des Parcs, le ministère de la Santé et des Services sociaux et la Ville de Montréal. Ainsi, lorsque la pollution atmosphérique atteint des niveaux élevés à Montréal, Info-Smog émet des avertissements qui rappellent à la population les comportements à adopter pour diminuer les concentrations de polluants dans l'air, soit privilégier les transports actifs ou collectifs et éviter d'utiliser les appareils de chauffage au bois durant l'hiver. De plus, lors des journées de smog, les personnes vulnérables sont invitées à limiter l'intensité de leurs activités physiques à l'extérieur.

En faveur du transport collectif

Le transport est une des principales sources de pollution atmosphérique. En 2012, la DSP a produit un mémoire qui milite en faveur d'une augmentation de 18 % à 30 % de la part du budget provincial alloué aux transports en commun. Un meilleur financement de ce mode de transport permettrait d'améliorer l'offre de service et, par conséquent, de réduire le volume de circulation automobile, surtout dans les quartiers centraux de Montréal. Les impacts sanitaires positifs qui pourraient en résulter sont une réduction des problèmes de santé et des décès associés à la pollution de même qu'une diminution du nombre de blessés de la route.

L'herbe à poux : l'éradiquer des terrains vagues

Le pollen de l'herbe à poux fait partie des polluants biologiques qui ont le plus d'impact sur la santé respiratoire des Montréalais. En plus de l'importante campagne de prévention qu'elle tient annuellement, la DSP a réalisé, en collaboration avec l'Institut national de santé publique et le CSSS de la Pointe-de-l'Île grâce au soutien financier d'Ouranos, un projet-pilote qui vise à mobiliser les propriétaires des grands terrains vagues de l'est de Montréal afin qu'ils coupent cette plante nuisible sur leurs terrains. Ce projet sera évalué en 2013-2014 afin de déterminer son efficacité et la possibilité de l'étendre à d'autres territoires de CSSS.

Chaleur accablante et extrême : un programme pour prévenir les décès

Depuis 2003, le programme Chaleur produit par l'Agence vise à prévenir la mortalité lors des épisodes de chaleur extrême à Montréal. En 2010, un tel épisode avait causé le décès d'une centaine de Montréalais, en majorité des personnes âgées souffrant de maladies chroniques, mais aussi des personnes qui présentaient des problèmes de santé mentale.

La prévention auprès des personnes ayant des problèmes de santé mentale

Des 93 décès causés par la chaleur survenus dans la communauté en 2010 à Montréal, le tiers concernait des personnes atteintes de troubles de santé mentale. Il a également été constaté que certaines de ces personnes avaient été contactées par des amis, de la famille, un voisin ou un professionnel de la santé dans les 24 heures précédant leur décès. Ainsi, pour plusieurs personnes, les actions de prévention n'ont pas été bien véhiculées, comprises et adoptées. En 2012-2013, un volet ciblant spécifiquement les personnes atteintes d'un problème de santé mentale a donc été ajouté à la campagne annuelle de sensibilisation tenue par la DSP et destinée aux aînés et à l'entourage des jeunes enfants. Ce volet a été développé grâce à une recherche menée par les directions de santé publique des agences de Montréal, de l'Estrie et de la Capitale-Nationale. De nouveaux outils de sensibilisation ont été développés et des séances d'information ont été offertes aux intervenants qui travaillent notamment auprès des personnes présentant des troubles psychotiques.

Des interventions sur les îlots de chaleur urbains

Dans les îlots de chaleur urbains, la température peut être jusqu'à 10° C plus élevée que dans le milieu ambiant. La chaussée, les toits et les bâtiments sont construits avec des matériaux de couleur sombre qui absorbent la chaleur au cours de la journée et la dégagent pendant la nuit, ce qui constitue un risque accru pour les populations vulnérables lors des épisodes de chaleur extrême. Pour lutter contre ce phénomène, la DSP de l'Agence finance depuis 2005, avec la Ville de Montréal, plusieurs projets Quartiers 21 de réaménagement urbain qui comptent parmi leurs activités le verdissement de secteurs bétonnés de la ville.

Crédit : Éric St-Pierre

Aménagements urbains favorables au transport actif et à la saine alimentation

Des aménagements urbains qui favorisent l'activité physique et la consommation d'aliments santé figurent en tête de liste des stratégies efficaces de lutte contre l'obésité et les maladies chroniques dont souffrent de plus en plus de Montréalais.

Transport et activité physique

« Pour que les gens marchent ou circulent à vélo, il faut leur donner accès à des aménagements sécuritaires, pratiques et à proximité de chez eux », soutient le Dr Drouin. Pour aider les municipalités et la population dans leur choix d'aménagements, la DSP a produit en 2012 une cartographie qui démontre les endroits où l'on trouve le plus de blessés de la route (piétons, cyclistes et automobilistes) et des outils pour mesurer les façons dont les quartiers pourraient être plus sécuritaires pour les piétons. Une étude de la DSP a de plus révélé l'insuffisance d'aménagements routiers sécuritaires pour les piétons aux intersections des quartiers centraux montréalais.

Accès aux fruits et légumes à distance de marche

À Montréal, plusieurs citoyens n'ont pas accès à des fruits et légumes à distance de marche, ce qui influence leur consommation d'aliments sains. La DSP de l'Agence tente de remédier à cette situation en finançant, dans certains quartiers défavorisés, des initiatives issues de la communauté et qui visent à développer des solutions adaptées à ses besoins : soit par la mise sur pied de marchés publics, de jardins ou d'épiceries communautaires. (M.P.)

Oacis utilisé par du personnel de l'Hôpital général juif.

Crédit : Hélène Gilbert-Roberge

Informatisation du réseau

Mieux outiller les intervenants et mieux servir la population

Les projets d'informatisation du réseau sont avant tout des projets cliniques, car leur but ultime est la qualité des soins en fournissant un accès facile et rapide à une information fiable. 2012-2013 a vu des projets structurants faire d'importantes avancées et de nombreuses réalisations ont vu le jour. Tour d'horizon d'une région branchée !

L'informatisation clinique à Montréal s'appuie sur une trentaine de projets. L'axe principal autour duquel ils s'articulent est la disponibilité de l'information des dossiers des patients. Parmi ces projets, le dossier clinique informatisé (DCI) Oacis, les solutions de dossier médical électronique (DMÉ) et le Dossier Santé Québec (DSQ) constituent les principaux piliers. Pour assurer la circulation de l'information entre ces différents outils, de nombreux projets viennent soutenir leur mise en place et compléter le portrait de l'informatisation clinique à Montréal.

« Les dossiers électroniques permettent aux cliniciens d'avoir tous les renseignements sur un patient en temps réel. Il est ainsi plus facile de coordonner les interventions avec les collègues et d'éviter de dupliquer des tests qui ont déjà été effectués, explique la Dre Louise Ayotte, directrice générale adjointe et responsable du Technocentre de l'Agence de Montréal. En plus d'aider à uniformiser les pratiques entre les établissements, les dossiers électroniques permettront d'offrir un meilleur service aux patients et ultimement, de diminuer les risques d'erreurs médicales. »

Dossier clinique informatisé (DCI) Oacis

Le DCI Oacis est une interface informatique qui sera utilisée dans tout le réseau montréalais. Son implantation est solidement engagée dans la région de Montréal. À ce jour, 15 établissements ont déployé la solution. On prévoit que le déploiement devrait être terminé ou quasi complété dans 29 établissements en 2014. Ces 29 établissements ont été jugés prioritaires parce qu'ils représentent 85 % de l'activité clinique à Montréal. Le déploiement se poursuivra ensuite dans les autres établissements publics du réseau montréalais, d'ici 2015.

Oacis est un système hautement sécuritaire : l'Agence peut en effet compter sur un outil de journalisation qui permet, entre autres, de savoir qui a accédé au DCI et à quel moment. Ainsi, en mars 2013, près de 2 500 personnes l'avait utilisé en contexte clinique, dont quelque 400 médecins; une hausse de 40 % par rapport au même mois de l'année dernière.

Cette année marque le démarrage des travaux de la phase 2 du projet. Si la phase 1 a consisté à mettre en place les éléments permettant de consulter les données cliniques, la phase 2 constitue une avancée importante dans l'informatisation des processus cliniques, avec l'implantation des fonctionnalités de requêtes et de documentation.

Les travaux ont également bien progressé au chapitre des modules complémentaires, qui visent à soutenir les cliniciens dans des domaines particuliers. Par exemple, un module Santé mentale, pour lequel le cahier des charges ainsi que les spécifications fonctionnelles ont été complétés avec la collaboration de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas, devrait être développé dans les mois à venir. En ce qui concerne l'intégration de la solution informatique du Réseau de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) à Oacis, le développement touche à sa fin et le pilotage a été complété avec succès au CSSS de la Pointe-de-l'Île.

D'abord un projet régional, l'implantation du DCI Oacis va maintenant bien au-delà de Montréal. Les régions de Laval et des Laurentides se sont jointes au projet pour s'ajouter à celles de Lanaudière et du Saguenay–Lac-Saint-Jean. Ces régions peuvent s'appuyer sur l'expertise montréalaise. En plus d'un soutien technique, l'Agence leur apporte un soutien pour le déploiement et la gestion du projet.

Pour l'année qui vient, des efforts importants se poursuivront afin de soutenir les établissements. L'Agence continuera à offrir de la formation en gestion du changement et mettra notamment sur pied un programme d'accompagnement personnalisé. De plus, une communauté de pratique permettra à tous les établissements de partager les leçons apprises.

Dossier médical électronique (DMÉ)

L'Agence et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) contribuent également à l'informatisation des groupes de médecine de famille (GMF), des cliniques-réseau et des cliniques-réseau intégrées en finançant l'acquisition d'un DMÉ, son implantation et son utilisation. Ce financement s'inscrit dans les orientations qui visent le développement des services médicaux de première ligne. En tout, 99 cliniques montréalaises sont ciblées par ce projet. En 2012-2013, 28 cliniques-réseau se sont prévalues de la subvention pour implanter leur DMÉ et en assurer les coûts récurrents, en tout ou en partie. Ceci porte donc à 58 le nombre de cliniques informatisées grâce à ce programme. D'autres cliniques médicales montréalaises (28) qui ne sont pas visées par cette subvention sont, pour leur part, financées par le MSSS à l'aide du Programme québécois d'adoption des dossiers médicaux électroniques.

Déploiement du Dossier Santé Québec (DSQ) à Montréal

Le déploiement du DSQ à Montréal a débuté à l'été 2012. La première étape consiste à mettre en réseau les pharmacies, les laboratoires et les services d'imagerie médicale afin de constituer les bases de renseignements de santé provinciales.

Au 31 mars 2013, 124 pharmacies de Montréal alimentaient le DSQ pour le volet du médicament, soit 29 % des 434 pharmacies de la région, la plupart étant situées dans la zone centrale de Montréal. On prévoit que la très grande majorité des pharmacies seront connectées d'ici la fin de l'année 2013.

Les laboratoires du CHUM, du CUSM et de l'Hôpital général juif sont également connectés au DSQ et alimentent les bases de données provinciales. À eux seuls, ces laboratoires représentent 47 % du volume des résultats de laboratoires traités à Montréal. À l'heure actuelle, plusieurs établissements travaillent à connecter leur laboratoire; c'est le cas notamment de l'Hôpital général du Lakeshore du CSSS de l'Ouest-de-l'Île, l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, l'Institut de cardiologie de Montréal et l'Hôpital de Verdun du CSSS du Sud-Ouest-Verdun. Les autres établissements de Montréal entreprendront les travaux de déploiement cet automne.

Le volet de l'imagerie diagnostique n'est pas en reste. Les travaux ont avancé à grands pas, avec un déploiement représentant un volume cumulatif de plus de 40 % des images et études radiologiques disponibles pour consultation. Les travaux sont en cours dans 34 points de service et l'ensemble des rapports et des images de Montréal devraient être accessibles d'ici la fin de l'année.

En plus des volets d'alimentation, l'équipe du projet DSQ travaille à mettre en réseau les établissements du réseau et les cliniques médicales afin de permettre aux intervenants qui y travaillent de consulter le DSQ de leurs patients et les renseignements qu'il contient. Diverses solutions sont offertes dépendamment s'il s'agit d'un établissement ou d'une clinique qui dispose déjà d'un dossier électronique.

À ce propos, des efforts sont également mis en œuvre afin d'intégrer le DSQ au DCI Oacis. Il s'agit là d'une clé pour faciliter l'adhésion des cliniciens à leur nouvel environnement informatique.

PRI-M : une plateforme essentielle à l'informatisation du réseau

Le déploiement du dossier clinique informatisé Oacis dans les établissements de Montréal a nécessité la mise en place de 150 interfaces reliant le dossier aux systèmes informatiques déjà utilisés dans les établissements et provenant de divers fournisseurs. La plateforme régionale d'interopérabilité - Montréal (PRI-M), l'infrastructure technologique permettant d'assurer l'échange de données régionales, a facilité la réalisation de ces interfaces. À ce jour, 90 % des CSSS, 80 % des centres hospitaliers et deux instituts universitaires sont connectés à la PRI-M.

La PRI-M offre aussi une technologie de formulaire électronique, nommée Formvine, qui a permis le développement et l'implantation de notes d'évolution et qui s'intègre de façon transparente au DCI Oacis. Le CSSS de la Montagne, le premier établissement à utiliser cette technologie, prévoit que ce nouveau service lui permettra de réduire de 25 % sa consommation de papier.

L'avenir appartient au numérique... en santé aussi!

Le numérique prend de plus en plus d'importance dans la vie de tous les jours. Il en va de même dans le réseau de la santé. La mise en place de systèmes d'information intégrés réservera encore beaucoup de défis au cours des années qui viennent. Les efforts sont motivés par l'objectif de soutenir les pratiques cliniques, la gestion et la prise de décision, et ce, dans le but de rendre les services à la population plus accessibles, efficaces et performants. (H.-F.P.)

QU'EST-CE QUE LE DSQ ?

Le Dossier Santé Québec, ou DSQ, est une initiative du gouvernement du Québec pour améliorer la qualité des soins et l'efficacité du système de santé du Québec grâce à l'informatisation. Le DSQ est un environnement technologique hautement sécurisé qui permet de collecter, de conserver et de consulter certains renseignements de santé (médication, résultats de laboratoire, résultats de radiographie, etc.). Où qu'ils soient au Québec, les professionnels de la santé autorisés auront accès à ces renseignements.

Personnes à mobilité réduite : de grands pas en matière d'accessibilité aux établissements

Certaines installations du réseau montréalais ont été construites il y a plusieurs décennies et présentent parfois des lacunes en termes d'accessibilité physique. En 2012-2013, l'Agence a donc entrepris différentes démarches afin de les rendre plus facilement accessibles pour les personnes à mobilité réduite, dont le projet-pilote du CLSC du Plateau Mont-Royal : une véritable réussite qui en a inspiré d'autres.

Le Code national du bâtiment prévoit que chaque établissement dispensateur de soins de santé et de services sociaux soit aménagé de façon à permettre aux personnes handicapées d'y accéder sans obstacle. Il s'agit principalement d'y prévoir la présence de rampes d'accès ou de monte-personnes motorisés. Au cours de l'année 2012-2013, l'Agence a pris plusieurs initiatives visant à améliorer l'accessibilité des établissements, dont la production d'un document officiel regroupant une série de recommandations pour les établissements du réseau.

Avec la collaboration du CSSS Jeanne-Mance, l'Agence a également lancé, en septembre 2012, un projet-pilote visant à améliorer l'accès aux locaux du CLSC du Plateau Mont-Royal. À l'origine de ce projet : des commentaires reçus d'une patiente handicapée physiquement ayant fait part de sa difficulté à se déplacer en fauteuil motorisé et à recevoir des soins adéquats lors d'une consultation dans ce CLSC.

Les travaux d'aménagement prévus dans le cadre du projet-pilote visaient à mettre en œuvre certaines normes recommandées par l'Agence et permettant de favoriser l'accès et de faciliter les activités et déplacements des personnes en fauteuils motorisés, soit :

- l'installation de portes automatiques ;
- le repositionnement, à une hauteur adaptée, de distributeurs de gel antiseptique, d'une fontaine d'eau, d'un téléphone public ainsi que du téléphone destiné à appeler les services de transport adapté ;
- l'aménagement d'une salle d'examen dotée d'une porte large de 122 cm et d'un mobilier adapté (table d'examen avec ajustement de hauteur motorisé, fauteuil surdimensionné, lève-personne motorisé sur rail au plafond et avec surcapacité de levage) ;
- l'installation d'une toilette hautement adaptée à proximité de la salle d'examen, de même qu'à proximité de la salle d'attente (lorsque les locaux le permettent) ;
- l'ajout d'une chaise ou d'un fauteuil surdimensionné dans la salle d'attente principale ;
- la création d'une aire d'attente à proximité de l'entrée principale (pour les personnes en attente d'un transport adapté).

Une fois les travaux terminés, la patiente a eu l'occasion d'utiliser les nouveaux locaux et équipements, et ce, à son entière satisfaction. Le personnel du CLSC a également fait part de son appréciation fort positive.

Entrée principale donnant accès à la salle d'attente.

Salle de traitement-examen adaptée avec lève-personne de grande capacité au plafond.

Financé par l'Agence, le projet a nécessité un investissement d'environ 30 000 $, travaux, mobilier et équipements inclus. Il importe de mentionner que lors du démarrage du projet-pilote, certains éléments immobiliers du CLSC répondaient déjà aux normes d'accessibilité, dont les portes automatiques de l'entrée principale et la hauteur des comptoirs du bureau de l'accueil. La mise en œuvre des recommandations de l'Agence a par ailleurs tenu compte des conditions et contraintes architecturales du bâtiment.

Forte de son succès, l'expérience ne s'arrête pas là. En effet, certaines salles d'examen des nouvelles urgences de l'Hôpital général juif ont elles aussi été configurées selon les normes recommandées par l'Agence. Le nouveau CLSC Benny Farm du CSSS Cavendish, dont l'ouverture est prévue à l'automne 2013, sera également doté d'installations répondant à ces critères. Il en sera de même des futurs locaux du CLSC Sanguinet du CSSS Jeanne-Mance.

Prochaines étapes

Un plan d'action régional est en préparation avec l'objectif de faire en sorte que chaque établissement du réseau montréalais accueillant une clientèle externe et ambulatoire puisse aménager ses locaux pour permettre la dispensation de soins à une clientèle à mobilité réduite, dont les personnes se déplaçant en fauteuil motorisé. (H.P.-H.)

MOBILITÉ RÉDUITE

Par personne à mobilité réduite, on entend toute personne se déplaçant avec l'aide d'une canne, de béquilles, d'un fauteuil roulant ou motorisé, ainsi que les personnes âgées, les femmes enceintes, les personnes avec enfants (notamment en poussette), les personnes avec des limitations sensorielles ou physiques et celles très fortement obèses.

L'Agence gère annuellement des budgets de plusieurs centaines de millions de dollars dédiés aux immobilisations et aux technologies médicales du réseau public montréalais. Ces montants servent à maintenir en bon état, rénover, voire moderniser les immeubles du réseau et à remplacer ou rehausser les équipements médicaux, les équipements non médicaux et le mobilier. Le tout dans le but d'assurer la continuité des soins et des services dans des environnements sécuritaires, adaptés et en conformité avec les normes en vigueur.

L'AGENCE DE MONTRÉAL VOUS ÉCOUTE ET VOUS INFORME

Chaque année, elle :

- répond à environ 2 160 demandes de renseignement provenant de la population par l'entremise de son Service à la population ;
- répond à plus de 1 000 demandes de la part de médias nationaux et régionaux ;
- traite environ 60 demandes d'accès à l'information ;
- reçoit près de 1,6 million de visites sur son Portail santemontreal.qc.ca, qui permet de trouver, en quelques clics, une foule de renseignements concernant les services offerts par le réseau montréalais et la façon d'y accéder.

L'Agence est également suivie par 4 000 abonnés par l'entremise de ses médias sociaux, avec un nombre de consultations par publication pouvant atteindre 27 000.

POUR SUIVRE L'AGENCE

santemontreal

@santemontreal

Agencedemontreal

Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal
Québec